



**Universidade de
Aveiro
2011**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**MARTA GRACINDA
TAVARES REIS**

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS COM
APOIO SOCIAL**



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2011

**MARTA GRACINDA
TAVARES REIS**

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS COM APOIO
SOCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu Pai e à minha Avó, que apesar de tão cedo e tão rápido terem partido, sei que teriam estado ao meu lado em mais este projecto, como sempre estiveram e estarão ao longo da minha vida.
Nunca vos esquecerei...

o júri

Presidente	Professora Doutora Alcione Leite da Silva, Professora Associada Convidada da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Vogal – Arguente Principal	Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis, Professora Associada do Instituto Superior Bissaya Barreto
Vogal - Orientador	Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Um trabalho deste âmbito só é possível quando não estamos só e podemos contar com a colaboração de outras pessoas.

À Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, pelo apoio e confiança, dedicação e disponibilidade sempre presente, e rigor com que orientou esta dissertação.

À Direcção do Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda por autorizar a recolha de dados na sua Instituição.

Aos idosos do Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda que aceitaram participar neste estudo, sem os quais este seria impossível de se realizar.

À Elisabete Figueiredo pela colaboração na análise dos dados.

Aos meus amigos e colegas de trabalho (Isabel, Liliana Patrícia, Álvaro, Filipa, Manuela, Liliana, Patrícia e Francisca) por todo o apoio incondicional, troca de ideias, envolvimento e compreensão face a uma nova gestão do tempo, e principalmente por acreditarem em mim.

À Patrícia, por tudo... especialmente pelo ombro amigo e pela paciência em me ouvir nas horas menos fáceis.

À Elisabete, pelas caminhadas “de folga” e incentivos constantes.

À minha Mãe, à minha irmã Zélia, aos meus Tios e às minhas primas por toda a paciência e por perceberem a importância deste trabalho para mim.

Ao meu sobrinho e afilhado Manuel, pelo sorriso e alegria contagiante.

Ao meu Avô, por continuar presente na minha vida e não ter desistido.

Ao meu namorado Leandro, pela paciência, por ter sempre acreditado em mim e respeitado os meus projectos.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

O meu sincero e reconhecido agradecimento.

palavras-chave

envelhecimento, doença crónica, estilos de vida, promoção da saúde

resumo

O aumento da esperança média de vida está associado à necessidade crescente de serviços sociais e cuidados de saúde, designadamente em razão do aumento da prevalência de doenças crónicas.

Objectivo(s): Caracterizar as necessidades e prioridades das pessoas idosas com doença crónica, tendo subjacentes as áreas da promoção da saúde e os cuidados prestados.

Métodos: Consiste num estudo exploratório do tipo quantitativo e descritivo. Os instrumentos utilizados foram: i) Questionário sócio-demográfico; ii) Índice de Barthel; e iii) Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa. A amostra global inclui 50 clientes (25 de LI e 25 de SAD) de uma IPSS.

Resultados: Indicam que: i) em termos de capacidade funcional, a maioria da amostra global é *independente* (40%) ou apresenta *dependência ligeira* (36%); ii) na avaliação de aspectos relativos à saúde da pessoa idosa: mais de metade da amostra global (52%) tem *excesso de peso*; 46% da amostra global avalia a sua saúde como *regular* e 40% como *má*, sendo percepcionada de forma mais positiva pelos idosos de LI; a maioria da amostra global (78%) indica o *psicológico* como o aspecto da vida em que a doença crónica teve maior impacto e caracteriza a informação recebida pelos profissionais de saúde como *alguma* (66%) e como *satisfatória* (76%); iii) em relação às áreas de promoção da saúde: na alimentação, a maioria da amostra global (62%) refere que a doença crónica *não* implicou alteração nos seus hábitos alimentares; na actividade física, mais de metade da amostra global (58%) pratica algum tipo; no sono e repouso, a maioria da amostra global (66%) tem problemas de sono (mais evidente em SAD) e *nunca* toma medicação para dormir (64%); nos acidentes domésticos, mais de metade da amostra global (58%) *nunca* costuma ter acidentes em casa, ainda que no SAD a maioria indique que costuma ter; no consumo de tabaco, a maioria *não* fuma (94%) e considera o tabaco prejudicial à saúde (92%); no consumo de álcool, cerca de metade dos idosos (52%) *nunca* bebe bebidas alcoólicas (percentagem mais elevada em LI) e dos que costumam beber, a maioria *não* demonstra vontade em abandonar o consumo; na vigilância de saúde/toma da medicação, a maioria dos participantes da amostra global (82%) toma *sempre* os medicamentos de acordo com a prescrição médica e costuma fazer vigilância regular da saúde (94%), mais expresso nos idosos de LI.

keywords

aging, chronic illness, lifestyles, health promotion

abstract

The increase in average life expectancy is associated with increased need for social services and healthcare, particularly in view of the increasing prevalence of chronic diseases.

Objective(s): Characterize the needs and priorities of older people with chronic illness, while underlying areas of health promotion and care.

Methods: Consists of a quantitative and descriptive exploratory study. The instruments used were: i) socio-demographic questionnaire, ii) Barthel Index, and iii) Questionnaire regarding the promotion of health of the elderly. The overall sample included 50 clients (25 LI and 25 SAD) from an IPSS.

Results: Indicate that: i) in terms of functional capacity, most of the bulk sample is *independent* (40%) or shows *slight dependence* (36%), ii) in evaluation of aspects regarding health of the elderly: more than half of the overall sample (52%) are *overweight*, 46% of the aggregate sample consider their health as *regular* and 40% as *bad*, being it perceived more positively by the elderly LI; most of the bulk sample (78%) indicate that chronic disease had a greater impact in *psychological* aspects of their lives and characterizes the information received by health professionals as *some* (66%) and as *satisfactory* (76%), iii) in terms of health promotion areas: in food ingestion, most of the sample (62%) reported that chronic disease *did not* involve changes in their eating habits; in physical activity, more than half of the overall sample (58%) practice some kind; in sleep and rest, most of the sample (66%) have sleeping problems (most evident in SAD) and *never* take sleeping pills (64%); domestic accidents, more than half of the sample (58%) *never* tend to have accidents at home, even though in SAD they indicate they often do; tobacco consumption, the majority *does not* smoke (94%) and considers tobacco harmful to health (92%); in alcohol consumption, approximately half of the sample (52%) *never* drink alcohol (higher percentage in LI) and those who usually drink, *do not* show willingness to quit drinking; in health monitoring/medication: most participants (82%) *always* take their medication according to prescription, and usually do regular health surveillance (94%), more expressed in the elderly LI.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Envelhecimento.....	3
1.1. Processo de envelhecimento	3
1.2. Adaptação ao processo de envelhecimento	4
1.3. Envelhecimento demográfico	6
1.4. Envelhecimento activo	7
1.5. Cuidar dos idosos	8
2. Saúde e doença	9
2.1. Doença crónica.....	10
3. Promoção da saúde.....	13
3.1. Promoção da saúde das pessoas idosas.....	14
3.1.1. Alimentação	15
3.1.2. Actividade física.....	16
3.1.3. Sono e repouso.....	18
3.1.4. Acidentes domésticos	18
3.1.5. Consumo de tabaco.....	20
3.1.6. Consumo de álcool.....	21
3.1.7. Vigilância de saúde/toma da medicação.....	21
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO.....	23
1. Estudo empírico	23
1.1. Enquadramento do estudo	23
1.2. Objectivos do estudo.....	24
2. Metodologia	24
2.1. Instrumentos utilizados.....	24
2.1.1. Questionário sócio-demográfico.....	24
2.1.2. Índice de Barthel	25
2.1.3. Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa	26
2.2. População e amostra.....	27
2.2.1. População	27
2.2.2. Amostra	28
2.3. Considerações éticas	29

2.4.	Procedimentos na recolha de dados.....	29
2.5.	Tratamento estatístico dos dados.....	30
2.6.	Caracterização geral da amostra.....	30
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS		33
1.	Avaliação da capacidade funcional	33
2.	A saúde da pessoa idosa	34
3.	Áreas da promoção da saúde da pessoa idosa	39
3.1.	Alimentação	39
3.2.	Actividade física.....	42
3.3.	Sono e repouso.....	43
3.4.	Acidentes domésticos	45
3.5.	Consumo de tabaco.....	46
3.6.	Consumo de álcool	48
3.7.	Vigilância de saúde/toma da medicação.....	50
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		53
1.	Perfil da amostra	53
2.	Avaliação da capacidade funcional	54
3.	A saúde da pessoa idosa	56
4.	Áreas da promoção da saúde da pessoa idosa	63
4.1.	Alimentação	64
4.2.	Actividade física.....	67
4.3.	Sono e repouso.....	69
4.4.	Acidentes domésticos	70
4.5.	Consumo de tabaco.....	71
4.6.	Consumo de álcool	72
4.7.	Vigilância de saúde/toma da medicação.....	74
5.	Limitações do estudo e perspectivas de pesquisa	77
CONCLUSÕES		79
BIBLIOGRAFIA.....		82
ANEXOS		
Anexo 1 – Protocolo dos instrumentos		
Anexo 2 – Autorização da Direcção do CSPSPM para a realização do trabalho de investigação		
Anexo 3 – Consentimento informado		

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra	31
Tabela 2 - Classificação geral do Índice de Barthel	33
Tabela 3 - Classificações parciais do Índice de Barthel	34
Tabela 4 - Avaliação de aspectos relacionados com a saúde da pessoa idosa	36
Tabela 5 - Caracterização dos cuidados de saúde e informação recebida pelos profissionais de saúde	38
Tabela 6 - Caracterização dos hábitos alimentares da pessoa idosa	40
Tabela 7 - Implicações da(s) doença(s) crónica(s) nos hábitos alimentares	41
Tabela 8 - Periodicidade dos cuidados de higiene bucal.....	42
Tabela 9 - Caracterização da actividade física da pessoa idosa: actividades desenvolvidas, tipos, frequência, motivos para não praticar e informação recebida pelos profissionais de saúde	43
Tabela 10 – Caracterização dos hábitos de sono da pessoa idosa.....	44
Tabela 11 - Aspectos relacionadas com a ocorrência de acidentes domésticos	45
Tabela 12 - Consumo de tabaco na actualidade e no passado: hábitos, tipos, quantidades e motivos para ter deixado os hábitos tabágicos	47
Tabela 13 - Consumo de bebidas alcoólicas na actualidade e no passado: hábitos, tipos, quantidades e motivos para ter deixado de as consumir	49
Tabela 14 - Toma de medicação: regularidade, conhecimento dos medicamentos e suas acções, cumprimento da prescrição médica, necessidade de ajuda, tipo de acidentes/problemas na medicação e revisão da medicação.....	51
Tabela 15 - Vigilância de saúde: regularidade e locais.....	52
Tabela 16 - Ajuda à pessoa idosa em caso de doença ou urgência	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O ciclo de vida negativo: um ciclo vicioso de doença no idoso	4
Figura 2 - O ciclo de vida positivo.....	5

SIGLAS

ABVD's – Actividades Básicas de Vida Diária

AIVD's – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVD's – Actividades de Vida Diária

CSPSPM – Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda

DGS – Direcção-Geral da Saúde

e.g. - Exemplo

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Barthel

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

kg/m² – kilograma por metro quadrado

l – Litro

LI – Lar de Idosos

nº – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

SÍMBOLOS

% – Percentagem

+/- – Mais ou menos

< – Menor

= – Igual

> – Maior

≤ – Menor ou igual

≥ – Maior ou igual

X – Vezes

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o processo dinâmico de mudança progressiva nas estruturas biológica, social e psicológica (WHO, 1999), e tem sido privilegiado como objecto de estudo devido ao aumento da esperança média de vida verificado a nível mundial (fenómeno de envelhecimento demográfico) e consequente aumento das implicações sociais e económicas que surgem associadas. Este fenómeno, acompanhado paralelamente por mudanças nas estruturas e nos papéis da família, fundamenta a necessidade do desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma melhor estrutura de suporte à população idosa crescente, tais como respostas sociais de apoio ao idoso e à família (Lar de Idosos ou o Serviço de Apoio Domiciliário, por exemplo). No seguimento desta perspectiva, a OMS (2006) defende que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento activo”, sendo este entendido como *“o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”* (WHO, 2002:12). Assim, apesar de ser um dos maiores triunfos da humanidade, o envelhecimento da população é também um dos maiores desafios.

O aumento da população idosa gera repercussões em várias áreas, destacando-se a área da saúde, não só pela previsão de que a doença e a incapacidade serão adiadas para idades cada vez mais tardias devido ao aumento da esperança média de vida, como também pela chamada transição epidemiológica, ou seja, a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crónicas não transmissíveis (Freitas, Miranda & Nery, 2002; Papaléo Netto & Ponte, 2005 cit in Mendonça, Squassoni & Zanni, 2010). A tendência actual do número crescente de idosos portadores de doenças crónicas não devidamente controladas pode originar sequelas e desencadear a incapacidade funcional e, consequentemente, gerar sentimentos de inutilidade, depressão e falta de motivação pela vida (Freitas & Haag, 2009). Assim, a cronicidade de doenças que outrora eram fatais apresenta novos desafios, não só para os profissionais de saúde, mas também para os doentes crónicos e respectivas famílias, pela necessidade de (re)adaptação dos seus projectos de vida devido às alterações/implicações subjacentes (controlo rigoroso nos estilos de vida e vigilância constante sobre os sinais e sintomas, e.g.), o que justifica a necessidade de políticas de prevenção e promoção da saúde.

A promoção da saúde definida na Carta de Otawa como *“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”* (OMS, 1986) e o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, entendido como a

capacidade para manter comportamentos que permitam diminuir o risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença, manter um funcionamento físico/mental elevado e manter um compromisso activo com a Vida, constituem perspectivas essenciais no processo de adaptação ao envelhecimento e à condição de doente crónico. Uma abordagem positiva da promoção da saúde com a pessoa idosa pode facilitar a adaptação entre as suas atitudes e as atitudes das outras pessoas sobre a velhice, encarando-a como um período inevitável de declínio e promovendo uma abordagem mais positiva do envelhecimento, a qual deve contemplar a eventual influência de circunstâncias ambientais e estilos de vida do indivíduo.

De acordo com Poínhos et al. (2009), a reconhecida influência que os estilos de vida apresentam no aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas justifica a importância de estudar estes factores e suas relações, de modo a possibilitar o delineamento de estratégias de promoção da saúde. Assim, é fundamental a prevenção dos factores de riscos comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada e adopção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, prática de actividade física, alimentação saudável, qualidade do sono e repouso, prevenção de acidentes domésticos, desincentivar o consumo do tabaco e o consumo excessivo de álcool e vigilância de saúde/controlo da medicação.

Baseando-se nestes pressupostos, o presente estudo pretende caracterizar as necessidades e prioridades das pessoas idosas com doença crónica, tendo subjacentes as áreas da promoção da saúde e os cuidados prestados.

O trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo é dedicado ao enquadramento teórico, onde é feito uma breve caracterização do envelhecimento, principais implicações da doença crónica nesta fase do ciclo de vida e a promoção de saúde no âmbito do envelhecimento activo. No segundo capítulo é apresentado o estudo empírico realizado, enquadramento e objectivos gerais e específicos, metodologia utilizada, instrumentos utilizados e caracterização da amostra. No terceiro capítulo procede-se à apresentação dos resultados. Por último, o quarto capítulo reporta-se à discussão dos resultados e limitações do estudo. O trabalho é finalizado com as principais conclusões do estudo e algumas recomendações consideradas pertinentes no âmbito da temática abordada.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresenta-se uma breve caracterização do envelhecimento, como processo dinâmico e como actual fenómeno demográfico, principais implicações da doença crónica nesta fase do ciclo de vida e a promoção de saúde no âmbito do envelhecimento activo, contextualizando a necessidade e importância da adaptação do idoso perante os processos subjacentes a estes conceitos.

1. Envelhecimento

1.1. Processo de envelhecimento

“(...) ageing is a life-long process, which begins before we are born and continues throughout life.”
(WHO, 1999:4)

O envelhecimento pode ser definido como o processo dinâmico de mudança progressiva nas estruturas *biológica* (resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência); *social* (relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário); e *psicológica* (definido pela auto-regulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar decisões e opções adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento) do indivíduo (Paúl, 2005). É um processo diferencial (variável de indivíduo para indivíduo) que revela simultaneamente dados objectivos (alterações físicas, por exemplo) e dados subjectivos que constituem a representação que o indivíduo faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000; Maia & Perurena, 2008). A idade cronológica não é, portanto, um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, uma vez que existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. Vários autores defendem que é antes preferível considerar que a um indivíduo podem corresponder idades diferentes, de natureza biológica, psicológica e social (Birren & Cunningham, 1985 cit in Fonseca, 2006).

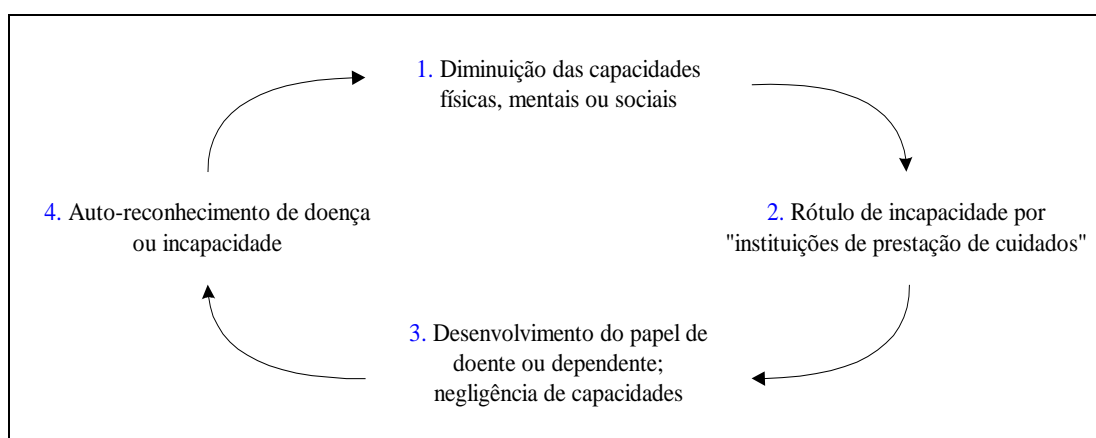
Apesar de não existir uma única teoria que dê explicação cabal para o fenómeno do envelhecimento existem, actualmente, mais de 300 teorias relativas à caracterização, função e mecanismos responsáveis pelo envelhecimento (Patrício, Hoshino & Ribeiro, 2009). É consensual a existência de um intercruzamento e sobreposição de diferentes explicações, sendo dado como adquirido a existência de uma base de programação genética, a qual é influenciada positiva ou negativamente pelas circunstâncias ambientais e modificada pelos estilos de vida tais como o aporte calórico, a nutrição, a exposição solar, o fumo, o álcool, o exercício físico e os

comportamentos saudáveis (Kennaway, 1999 cit in Fernandes, 2008; Zeiter, 1999;). Segundo Nahas (2001 cit in Kobe, Magnusson & Teixeira, 2008), *estilos de vida* correspondem ao conjunto de acções habituais que reflectem os valores, as atitudes e as oportunidades na vida das pessoas. A noção de construção social está subjacente a este conceito uma vez que *“um estilo de vida individual é produzido nos padrões de comportamento que são desenvolvidos através dos processos de socialização”* (Oliveira, 2005:430). Ou seja, a maneira como cada indivíduo vive a sua vida depende de um conjunto de factores inter-relacionados que englobam a cultura, a educação, a condição financeira, as crenças pessoais, as experiências de vida, entre outros.

1.2. Adaptação ao processo de envelhecimento

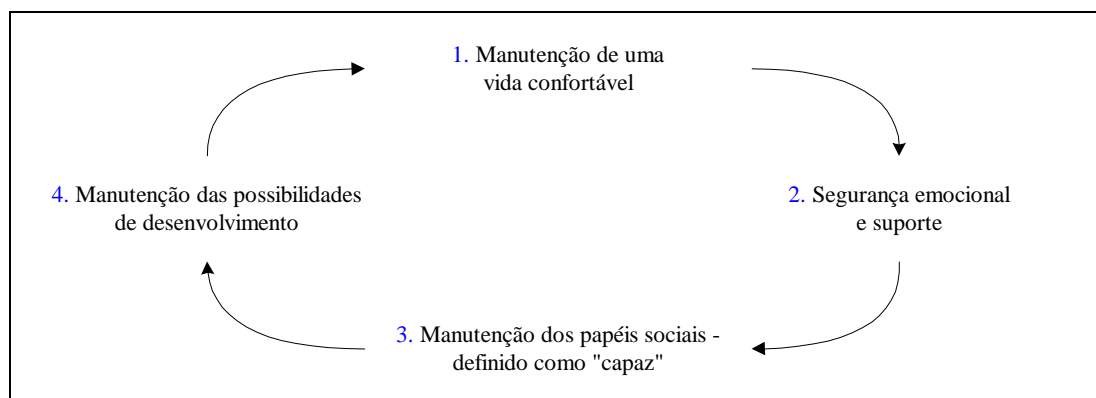
O envelhecimento é caracterizado por uma diminuição das capacidades físicas, psicológicas e sociais, havendo necessidade de estimular as capacidades do idoso, nomeadamente mantendo o seu papel social como pessoa capaz, para esta não ser conduzida a um ciclo de vida negativo que a leve adoptar um papel de doente e dependente (Ribeirinho, 2005). Para o idoso ultrapassar estas situações, terá que reequacionar os seus objectivos pessoais, de forma a adaptar-se conservando a sua auto-estima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível. A integração das transformações que lhe ocorrem a nível físico, psíquico e social, tendo em conta a sua história de vida e o seu meio sócio-cultural, é essencial para que encare o envelhecimento como mais uma etapa do ciclo de vida (Ribeirinho, 2005; Rodrigues, 2008). Esta ideia é apresentada de forma esquemática nas figuras 1 e 2.

Figura 1 - O ciclo de vida negativo: um ciclo vicioso de doença no idoso



Fonte: Hall et al. (1997:39,40 cit in Ribeirinho, 2005; Rodrigues, 2008)

Figura 2 - O ciclo de vida positivo



Fonte: Hall et al. (1997:39,40 cit in Ribeirinho, 2005; Rodrigues, 2008)

O sucesso desta adaptação é variável. Segundo Barreto (2005:296), “é um *“trabalho”* que exige tempo” e que está dependente de uma série de factores, tanto internos como externos. O êxito do processo adaptativo necessita, como tal, de determinadas condições que incluem segurança física e económica, convivência, estimulação e possibilidade de se manter activo e se sentir útil, ou seja, um sistema social de apoio e disponibilidade e ajuda de familiares e outros cuidadores. Assim, cada indivíduo reage de forma diferente às dificuldades enfrentadas ao longo do processo de envelhecimento: alguns mais vulneráveis, enquanto outros podem apresentar invulnerabilidade e competência tanto para enfrentar e lidar com as situações stressantes, como para desenvolver mecanismos de protecção a essas situações. Esta capacidade do indivíduo, ou da família, para enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las traduz, segundo Ferreira, Rocha, e Maia (2010), o conceito de “resiliência psicológica”.

Tendo em conta que o envelhecimento é complexo e heterogéneo, é fundamental estimular um *envelhecimento bem-sucedido*, isto é, a capacidade para manter comportamentos que permitam diminuir o risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença, manter um funcionamento físico e mental elevado, e manter um compromisso activo com a Vida. Desta forma consegue-se a prevenção de um envelhecimento patológico, promoção da saúde e de um envelhecimento activo (Marciel, 2008:42). Esta noção constitui uma importante mudança ideológica, uma vez que ao considerar que a velhice e o envelhecimento não são sinónimos de perda, doença, inactividade e algo contrário ao desenvolvimento, vem realçar os aspectos positivos da velhice e o potencial para desenvolvimento (Sé, 2009).

1.3. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento como um fenómeno demográfico é uma realidade mundial, não só nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Segundo a OMS (2006), entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 por cento (cerca de 694 milhões), no número de pessoas mais velhas; em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos; e até 2050 haverá 2 bilhões, sendo 80 por cento nos países em desenvolvimento.

A melhoria das condições de vida, de educação e de atenção à saúde (nomeadamente os avanços tecnológicos) que aumentaram a esperança média de vida, a par de uma diminuição da natalidade, são identificados como os principais factores para explicar o processo dinâmico de transição demográfica ou epidemiológica pelo qual passam a maioria dos países (Marciel, 2008).

Esta realidade está também presente em Portugal. Segundo dados do INE (2002), entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um crescimento de 140% da população idosa (65 e mais anos) – aumento de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001. Entre 2000 e 2009 a esperança de vida à nascença aumentou em Portugal 2,9 anos no caso dos homens e 2,1 anos no caso das mulheres e situou-se em 76,3 e 82,4 anos respectivamente, valores acima da média europeia (74,7 anos nos homens e 81,5 anos nas mulheres em 2007) e que o colocam num lugar intermédio tanto para os homens como para as mulheres. A Pirâmide etária de Portugal evidencia a forte queda de fecundidade e o significativo aumento da esperança de vida (o envelhecimento está bem visível na evolução do peso relativo da população com 75 ou mais anos, que subiu 6,9% em 2001 para 8,4% em 2009). As projecções disponíveis no INE apontam para uma diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento (Carrilho & Patrício, 2010): a população com 65 anos ou mais de idade quase duplicará, passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060 (em oposição à diminuição da proporção de jovens e da percentagem da população em idade activa) - em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projectado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens) (INE, 2009).

Face ao fenómeno de aumento da esperança média de vida que se tem vindo a verificar, Pául (2006) salienta o facto de permanecer ainda a divergência entre a *teoria da expansão da morbilidade* (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980) que defende que a diminuição da taxa de mortalidade é devido à redução nas taxas de mortalidade das doenças e não à redução na incidência ou na sua progressão, ou seja, o declínio na mortalidade seria acompanhado por um aumento na prevalência de doenças crónicas e de incapacidade (“as pessoas viverão mais, mas

com maior sobrecarga de doenças e incapacidade”), versus a *teoria da compreensão da morbidade* (Fries, 1980), em que se prevê que devido ao aumento da esperança média de vida, a doença e a incapacidade serão adiadas para idades cada vez mais tardias. Assim, teremos um maior período de vida livre de incapacidade, o qual será seguido por um breve período de incapacidade antes da morte (Squire, 2005). Esta última teoria, proposta há quase 30 anos, é a concepção que justificaria a intervenção precoce e continuada preconizada pelas organizações internacionais, ou seja, o paradigma dominante para os programas de melhoria da saúde e para as políticas dirigidas ao envelhecimento bem sucedido (Achutt & Azambuja, 2004; Squire, 2005).

Na sequência deste fenómeno, Moreno (2006) sugere uma nova fase na vida humana, a qual denomina de *idosos novas vaga*. Segundo o autor, esta é uma nova fase que se refere ao período pós-reforma e para a qual a sociedade ainda não está preparada. Este grupo social inicia-se contando cerca de 10 anos a partir da reforma (actualmente entre os 75 e os 85 anos ou mais) e deve ser considerado, no futuro, activo “*quer por justiça e imperativo social, quer por necessidade biológica e de sobrevivência dos seus constituintes*” (Moreno, 2006:10).

1.4. Envelhecimento activo

O envelhecimento da população apesar de ser um dos maiores triunfos da humanidade, constitui-se também num dos nossos maiores desafios, nomeadamente devido ao aumento das implicações *sociais* (novas políticas sociais que permitam fazer face à nova realidade e onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados e ainda questões relacionadas com exclusão social, solidão e pobreza) e *económicas* (esforço acrescido da segurança social com o pagamento de reformas e também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional) (Cancela, 2007).

Segundo a OMS (2006), os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento activo” que melhorem a *saúde, a participação e a segurança* das pessoas idosas. Sendo o envelhecimento activo “*o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem*” (WHO, 2002:12), depende de uma diversidade de factores “determinantes” (compreendidos sempre numa perspectiva de cultura e género): as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais. O envelhecimento activo implica autonomia (controlo), independência (nas AVD’s e nas AIVD’s), qualidade de vida e expectativa de vida (Paúl, 2005). A ênfase recai sobre a capacitação – retoma

da actividade e alargamento da participação dos mais velhos – e não sobre a incapacidade, as necessidades crescentes dos idosos e o risco de dependência (Hessel, 2008). Trata-se de um conceito preventivo, uma vez que diz respeito a todos os grupos etários, pois o que está em causa é envelhecer activamente durante toda a vida (princípios da interdependência e solidariedade entre gerações). Assim, para fomentar o envelhecimento activo é necessário que os sistemas de saúde adoptem uma perspectiva de ciclo vital orientada para a promoção da saúde e prevenção das doenças, isto é, as orientações devem ser implementadas durante a infância ou o mais precocemente possível.

1.5. Cuidar dos idosos

Há algumas décadas atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era da própria família. Porém, com as alterações verificadas actualmente, nomeadamente a nível *social* (tais como famílias menos numerosas, inserção da mulher no mercado de trabalho e o facto de vivermos numa sociedade que muitas vezes privilegia a competição e o consumismo) existe maior dificuldade no suporte familiar, o que contribui para que algumas famílias transfiram a responsabilidade das pessoas idosas para o Estado ou instituições privadas (Almeida, 2008). Estas alterações implicam uma resposta da sociedade no desenvolvimento de estruturas de apoio ao idoso e à família, uma vez que é necessário integrar o idoso na sociedade e na família, garantindo-lhes os meios e os recursos necessários a uma vida, que se prevê ser cada vez mais longa e se deseja com qualidade.

Uma estrutura de apoio possível é a institucionalização do idoso. As razões subjacentes a esta opção são diversas: idade, diagnóstico, limitação nas AVD's, morar sozinho, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza, sendo, na maioria das vezes, a conjugação de várias causas que origina a escolha por este tipo de resposta social (Almeida, 2008). Contudo, o recurso à institucionalização é muitas vezes interpretado como um *“descartar e negligenciar de uma obrigação inerente aos laços familiares”* (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004:97), apesar do reconhecimento da importância desta resposta como apoio aos idosos e às respectivas famílias.

Permanece a questão: institucionalização ou manutenção no domicílio? As respostas não são consensuais e em ambas situações são indicadas vantagens/desvantagens. Se por um lado, a intervenção no contexto domiciliário do idoso facilita uma melhor compreensão da sua realidade de vida e pressupõe o envolvimento dos vários membros e restante rede social (contraria a noção de autoridade associada aos contextos oficiais), muitas vezes acaba por centrar-se apenas no idoso, mesmo assumindo que há outras pessoas envolvidas (Sousa et al., 2004). Por outro lado, a

institucionalização, quer por vontade própria ou sugestão de outros, pode ser vista como um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, especialmente se a doença implica, ou vier a implicar, limites à capacidade funcional do idoso; porém, o ambiente institucional pode também privilegiar as tarefas da rotina diária e impessoalidade dos cuidados a desenvolver, contribuindo para a privação de estimulação e vínculos afectivos por parte do residente (Cardão, 2009).

Qualquer que seja a opção, a integração num novo contexto é sempre angustiante para o idoso, sendo que a adaptação bem-sucedida dependerá de múltiplos factores (nomeadamente da sua personalidade, da forma como foi envelhecendo, dos factores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional) e que passam, principalmente, pela capacidade dos idosos se tornarem os actores principais de todo este processo e pela mudança de mentalidades dos responsáveis pelas instituições, no sentido de reconhecer os idosos como seus parceiros (encará-los como clientes que possuem os seus desejos e as suas ambições) (Almeida, 2008).

Assim, e tendo em conta as perspectivas futuras, designadamente o envelhecimento populacional como uma realidade, é importante que a visão de “ou a família ou as instituições” (Salvage, 1995 cit in Sousa et al., 2004) evolua para uma perspectiva de colaboração entre ambos sistemas, tal como já acontece noutras áreas e etapas do ciclo de vida, de forma a existir um compromisso e colaboração entre o apoio instrumental que as instituições prestam e o apoio físico e emocional proveniente da família (Sousa et al., 2004).

2. Saúde e doença

A saúde e a doença fazem parte de um *continuum*, uma espécie de escala natural que vai do bom (perfeito estado de saúde) ao mau (morte). No *continuum* da saúde, o indivíduo deve passar por um certo número de etapas ou processos, onde terá de lidar com modificações e perturbações, sendo a capacidade de adaptação (isto é, os esforços que cada um desenvolve para se adaptar de maneira satisfatória e evoluir num *continuum* de saúde) um factor importante na determinação do estado de saúde (Berger & Mailloux-Poirier, 1995). A saúde é entendida como um processo de adaptação do indivíduo ao seu meio, um estado dinâmico em permanente transformação e em constante evolução. Este pressuposto implica, como tal, que se reconheça a diversidade dos factores susceptíveis de favorecer ou prejudicar a sua adaptação (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), factores esses que vão desde os aspectos biológicos, meio-ambiente, estilos de vida e recursos dos serviços de saúde (Duarte, 2000).

Duarte (2002) refere que alguns autores consideram a saúde como um *stock* que vai depreciando ao longo da vida do indivíduo e que, dependendo dos *inputs*/investimentos adequados, pode ser aumentado. De acordo com esta teoria, os indivíduos escolhem o seu nível de saúde, ou seja, tendo em conta que a saúde se vai depreciando ao longo da vida devido ao processo normal de envelhecimento (e, por vezes, devido à incidência de doença não evitável), o processo pode ser acelerado ou minimizado dependendo das acções de cada um: i) investindo de forma apropriada em actividades de promoção de saúde (actividade física, e.g.) ou ii) aumentando a depreciação com actividades que diminuem o *stock* de saúde (tabagismo e alcoolismo, e.g.). Contudo, é importante considerar outros factores na óptica da produção da saúde, como sejam, o nível educacional, o rendimento (disponibilidade em termos de recursos económicos), o estilo de vida, a habitação e o ambiente familiar.

No âmbito da relação entre saúde e envelhecimento, destaca-se a *Teoria Salutogénica do Envelhecimento* (Antonovsky, 1987 cit in Fonseca, 2006), a qual visa explicar quem e como permanece saudável face a situações de *stress*. O construto *sentido de coerência* é o conceito central desta teoria, correspondendo a “*uma orientação global que exprime a medida em que as pessoas dispõem de um sentido de confiança dinâmica, resistente e fortalecedor, por forma a que os estímulos internos ou externos que surgem ao longo da vida constituam desafios que suscitem o investimento pessoal na promoção da saúde e do bem estar, com base nos recursos generalizados de resistência de cada indivíduo*” (Fonseca, 2006:136-137).

Estas abordagens apresentam novas oportunidades, nomeadamente o facto de as pessoas serem capazes de influenciar a forma como envelhecem através da adopção de estilos de vida mais saudáveis e adaptação às mudanças associadas à idade. Porém, existem outros factores que não podem ser modificáveis pelo indivíduo – nomeadamente factores económicos, incluindo desvantagens económicas e ameaças ambientais, e.g. – que podem afectar o processo de envelhecimento, designadamente a predisposição para a doença na terceira idade (WHO, 1999).

2.1. Doença crónica

O aumento da população idosa gera, consequentemente, repercussões para a saúde da população, na medida em que ocorre a chamada transição epidemiológica, ou seja, a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crónicas não transmissíveis (Freitas, Miranda & Nery, 2002; Papaléo Netto & Ponte, 2005 cit in Mendonça et al., 2010). Neste âmbito, Carvalho Filho (2007) aponta que o envelhecimento pode ser considerado um processo dinâmico e complexo que se caracteriza pela redução da capacidade de adaptação homeostática às situações

de sobrecarga funcional, o que pode desencadear o aparecimento de doenças crónicas degenerativas (Mendonça et al., 2010).

A primeira definição médica de doença crónica é atribuída a Hipócrates que distinguiu doenças abruptas e breves de outras que se prologavam obrigando o doente a procurar cuidados de saúde de forma contínua (Santos, 2010). Segundo a OMS (1980), a doença crónica é definida como a que apresenta uma ou mais das seguintes características: i) é permanente e deixa incapacidade, mesmo que residual; ii) é causada por alterações patológicas irreversíveis; iii) requer um treino específico do doente para a reabilitação ou pode vir a necessitar de um longo período de supervisão, observação e cuidados (Laranjeira de Almeida, 2007). Na actualidade, é consensual que se trata de uma condição clínica prolongada e sem cura conhecida, apesar de evoluções e tratamentos muito diversos (Webster's New World Medical Dictionary, 2003 cit in Santos, 2010). Em Portugal, a Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos, baseando-se nas recomendações da OMS, define como doença crónica *"toda e qualquer patologia de longa duração, evolutiva, que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e/ou económico"* (Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos, 2005:1).

O curso da doença crónica assume essencialmente três formas gerais (Carneiro, 2009): i) *progressiva* (o indivíduo e a família confrontam-se com os efeitos de um membro perpetuamente sintomático, cuja incapacidade aumenta de modo gradual progressivo), ii) *constante* (tipicamente, ocorre um evento inicial, após o qual o curso biológico se estabiliza) e iii) *consequência* (a extensão em que doença crónica pode provocar a morte e o grau em que ela pode encurtar a vida de alguém são aspectos críticos característicos, com profundos impactos sociais).

Na ausência de uma perspectiva de cura definitiva, o indivíduo tem de enfrentar a necessidade de aprender a viver com esta nova condição (Laranjeira de Almeida, 2007). A doença crónica implica assim a necessidade de (re)adaptação dos projectos vida (principalmente quando se trata de pessoas idosas) devido às alterações/implicações subjacentes, nomeadamente, tratamentos permanentes e ao uso de medicamentos de prescrição médica obrigatória (Santos, 2008) e ao controlo rigoroso nos estilos de vida e vigilância constante sobre os sinais e sintomas que, se não controlados, podem levar a situações graves e até à morte e consequente aumento dos serviços de saúde (centrados geralmente no tratamento de casos agudos e não tanto no tratamento de problemas de saúde a longo prazo) (Trentini, Silva, Valle & Hammerschmidt, 2005). Contudo, apesar dos idosos apresentarem algum tipo de doença crónica, tal facto não determina

necessariamente uma limitação para a realização de actividades, desde que exista controle sobre a patologia que venha apresentar (Sé, 2009).

Segundo Correia (2008), a qualidade dos cuidados aos doentes crónicos depende directamente da capacidade destes para gerirem diariamente a sua doença, isto é, o doente assumir um papel activo no planeamento dos objectivos. Neste âmbito, compreende-se que a importância atribuída à “educação terapêutica” devido ao aumento da prevalência das doenças crónicas (e longevidade da população) tenha também uma razão estratégica e económica como base – tendo em conta que os serviços de saúde não conseguem dar resposta às solicitações de uma vastíssima população com patologia crónica, será menos dispendioso para as finanças públicas um processo que passe pela autovigilância e automedicação que tenha por base um processo educativo controlado e periodicamente avaliado (Correia, 2008).

O impacto da doença crónica, porém, não se verifica apenas no doente (ou nas finanças públicas), mas também na sua família, onde as preocupações e rupturas do doente se alargam aos restantes membros da família. Segundo Laranjeira de Almeida (2007:15), *“a doença impede ou dificulta o bem-estar psicológico e social e o desenvolvimento do doente e da sua família, acarretando uma elevação do stresse ligado ao factor financeiro e do tempo da família tendo acrescido problemas de adaptação que interferem na gestão da doença”*. Neste sentido, é fundamental que a intervenção inclua o doente com a sua doença, mas também a família e os serviços de saúde, ou seja, privilegiar uma intervenção tendo por base o modelo biopsicossocial que pressupõe o envolvimento de todos os intervenientes afectados psicossocialmente e não apenas centrar-se no indivíduo doente (Laranjeira de Almeida, 2007).

Em 2003, a OMS reconhece que as doenças crónicas estão aumentar rapidamente e que são a principal causa de morte e incapacidade no mundo. Mais recentemente, apresenta a estimativa de que, a nível global, 60% das mortes prematuras sejam provocadas por doenças crónicas, como as cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e a diabetes (OMS, 2008). Por este motivo, a informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações (DGS, 2004). As principais doenças crónicas que afectam os idosos no mundo são: doenças cardio-vasculares, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais, diabetes, neoplasias, doenças pulmonares obstrutivas crónicas, doenças osteoarticulares, problemas mentais (tais como a demência e a depressão) e problemas visuais (OMS, 2002 cit in Cabrita, 2004). Segundo a OMS, as causas mais importantes das doenças crónicas são as mesmas, independentemente da situação socioeconómica ou do género (OMS, 2006) e podem ser

prevenidas e contribuir para a redução o número de mortes prematuras, nomeadamente através do desenvolvimento de medidas e intervenções que eliminem os principais factores de risco das doenças crónicas: uso do tabaco, dieta pouco saudável, inactividade física e consumo de álcool (WHO, 2008).

3. Promoção da saúde

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1946 pelo canadense Henry Sigerist quando definiu as quatro tarefas essenciais da Medicina (a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação) (Buss, 2003). Porém, foi a partir da década de 1980 que começou a ganhar destaque no campo da Saúde Pública, tendo o conceito sido introduzido oficialmente pela OMS (1984). A Carta de Otawa (OMS, 1986), inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta “Saúde para todos no ano 2000”, foi aprovada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986), constituindo um marco importante neste âmbito (Sícoli & Nascimento, 2003).

Segundo a Carta de Otawa (OMS, 1986), a promoção da saúde é definida como *“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”*. Representa um processo global, que compreende não só as acções que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas. Nesta definição destaca-se o facto de colocar em causa o modelo biomédico da saúde pública, centrado na doença, apresentando a saúde como um constructo social e um recurso para a vida (os conhecimentos do domínio das Ciências Sociais e Humanas como tão fundamentais em promoção da saúde como os da área das Ciências Biomédicas) (Loureiro, 2008). Ou seja, a saúde passa a ser vista como um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. Desta forma, a promoção da saúde não é considerada como uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, uma vez que implica uma combinação de estratégias: acções do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da acção comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais (Buss, 2000).

Ramos (2004:78) defende que para promover a saúde e prevenir doenças é preciso *“poder, querer e ter acesso”*, sendo necessário: i) acção intervenção político-governamental sobre as condições de vida da população (nomeadamente, educação, saúde, meio ambiente, justiça

social); ii) conhecimento desenvolvido pela ciência sobre os factores de risco, de agravo à saúde e origem das doenças; e iii) assegurar que o contexto sócio-cultural promove meios para a divulgação do conhecimento e o acesso da mesma pelos idosos e seus cuidadores.

Ao abordar a promoção de saúde torna-se importante a diferenciação entre os conceitos de *promoção*, *prevenção* e *educação em saúde*, muitas vezes utilizados simultaneamente como se fossem sinónimos, ocasionando confusões, incluindo entre os profissionais de saúde (Souza; Grundy, 2004 cit in Neves, 2006). Na prevenção, a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira num modelo participativo de saúde na promoção em oposição ao modelo médico de intervenção (Freitas, 2003 cit in Neves, 2006). Educação em saúde poderá ser percebida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar acções voluntárias conducentes à saúde, enquanto a promoção da saúde é uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir acções e condições de vida conducentes à saúde (Candeias, 1997 cit in Neves, 2006).

Em 2008, a OMS criou um Plano de Acção Global para as Doenças Crónicas, denominado *WHO 2008 – 2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*, que reforça a necessidade de investir em iniciativas relacionadas com a prevenção das doenças crónicas como condição indispensável para um desenvolvimento socioeconómico sustentável. Contudo, defende que as estratégias para a redução dos factores de risco ultrapassam o sector da saúde pública, devendo incluir acções multisectoriais e a diferentes níveis, tais como a elaboração de políticas e planos de alto nível, (re)organização do sistema de saúde, intervenções ambientais e programas comunitários.

3.1. Promoção da saúde das pessoas idosas

O aumento da população idosa como uma realidade mundial, associado às consequências que podem acompanhar este fenómeno de doença crónica, evidencia a necessidade de políticas de prevenção e promoção de saúde. Essas devem visar, nomeadamente, a minimização dos gastos públicos com o tratamento de doenças crónicas e incapacidades, tendo em conta também a possibilidade de aumento da independência e funcionalidade do idoso, no sentido da compressão da morbilidade para fases mais tardias do processo de envelhecimento (Mendonça et al., 2010). Para os idosos, mais do que a expectativa de vida, importa a expectativa de saúde (Haber, 2003).

Uma abordagem positiva da promoção da saúde com idosos pode facilitar a adaptação entre as suas atitudes e as atitudes das outras pessoas sobre a velhice encarando-a como um período

inevitável de declínio, promovendo uma abordagem mais positiva do envelhecimento. As metas da promoção da saúde com pessoas idosas devem encorajar positivamente e apoiar os idosos para que consigam atingir o seu potencial máximo através de (Squire, 2005): i) um controlo crescente sobre as suas vidas (envolver o idoso nas decisões acerca da saúde), ii) melhorar a sua saúde, iii) maximizar a capacidade funcional, iv) adiar ou prevenir a instalação de doenças, e v) minimizar os efeitos das situações debilitantes.

As directrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004-2010 (DGS, 2004) assentou em três pilares fundamentais: i) promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; ii) maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; e iii) promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. Segundo este Programa, a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.

Tendo por base que as doenças associadas ao processo de envelhecimento e o início de doenças crónicas podem ser prevenidos ou adiados, a OMS (2006), no âmbito de um dos pilares do conceito de envelhecimento activo – saúde – propõe *“prevenir e reduzir o fardo do excesso de deficiências, doença crónica e da mortalidade prematura”* e *“reduzir os factores de risco associados às doenças principais e aumentar os factores que protegem a saúde durante a vida”*. Assim, é fundamental a prevenção dos factores de riscos comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada e a adopção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, prática de actividade física, alimentação saudável, qualidade do sono e repouso, prevenção de acidentes domésticos, desincentivar o consumo do tabaco e o consumo excessivo de álcool e vigilância de saúde/controlo de medicação, que não devem ser compreendidos de uma forma isolada, mas relacionados entre si.

3.1.1. Alimentação

Uma alimentação saudável é importante em qualquer fase da vida. Os nutrientes (que constituem os alimentos) promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, e fornecem energia ao corpo (DGS, 2004).

Os problemas de alimentação em todas as idades incluem tanto a subnutrição (embora mais frequente nos países menos desenvolvidos) como o consumo excessivo de energia (OMS, 2006). No caso dos idosos, tais problemas podem ter diversas causas: acesso limitado a alimentos, dificuldades socioeconómicas, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos, doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que inibem a capacidade de comprar comida e prepará-la, situações de emergência e falta de actividade física (OMS, 2006). Nesta fase etária, o próprio organismo sofre alterações que podem afectar a ingestão e digestão adequada dos alimentos, assim como alterar o nível de absorção de alguns nutrientes importantes para a saúde e que podem influenciar o comportamento alimentar do idoso (Prado & Tavares, 2004): diminuição do apetite, dificuldade na mastigação ou deglutição, diminuição das secreções salivares e digestivas, diminuição das sensações do olfacto, paladar e visão.

No caso da pessoa idosa, algumas recomendações gerais na alimentação são fundamentais no âmbito da prevenção e controle de várias doenças (nomeadamente a obesidade, a diabetes, a hipertensão arterial, as hiperlipidemias, a anemia, a osteoporose e a constipação intestinal) (Prado & Tavares, 2004): fazer uma alimentação variada; manter um peso saudável; evitar excessos de frituras e gorduras de origem animal, privilegiar o consumo de vegetais, frutas e grãos; usar açúcar e sal com moderação; e ingerir bebidas alcoólicas com moderação.

Uma das recentes medidas políticas adoptadas em Portugal na área da alimentação está descrita na Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto que estabelece normas com vista à redução do teor de sal (ingrediente considerado prejudicial à saúde) no pão, bem como informação na rotulagem de alimentos embalados destinados ao consumo humano (o teor máximo permitido para o conteúdo de sal no pão, após confeccionado, passou a ser de 1,4 gramas por 100 gramas de pão).

A alimentação saudável, em conjunto com a actividade física orientada e praticada regularmente, contribui para um envelhecimento com qualidade de vida.

3.1.2. Actividade física

A actividade física regular e orientada (mesmo quando a sua prática começa numa idade mais avançada) é reconhecida como factor geral na preservação da saúde e na prevenção e controlo de doenças crónicas (Assis & Araújo, 2004; Loureiro, Couto & Sousa, 2007; Sardinha, 2006), podendo aumentar a esperança média de vida de 3 a 5 anos (DGS, 2004).

Segundo Baptista (2006), o reconhecimento da sua importância para a saúde ficou a dever-se essencialmente a dois desenvolvimentos da vida moderna: i) à alteração dos meios transporte e

das tarefas ocupacionais com o avanço da tecnologia e resultante diminuição do gasto energético diário e ii) substituição das doenças infecto-contagiosas pelas crónica-degenerativas, como principal causa de incapacidade ou de morte. Contudo, de acordo com este autor, apesar da actividade física regular ser reconhecida como um factor determinante de um estilo de vida saudável, cerca de 60% da população portuguesa não é suficientemente activa (nos restantes países da União Europeia este valor situa-se nos 35%). A inactividade física encontra-se associada a diversos tipos de doenças crónicas, nomeadamente, as doenças cardiovasculares, a obesidade, a diabetes, alguns tipos de cancro como o cancro do cólon do útero, algumas doenças pulmonares, osteopénia e osteoporose (Baptista, 2006; Sardinha & Martins, 2006).

Na pessoa idosa, a actividade física, quer através da realização de tarefas quotidianas, quer de programas de exercício físico, contribui para a manutenção da capacidade funcional, para a prevenção de doenças e mortalidade, aumentando a probabilidade de se manter independente por mais tempo (Veríssimo, 2006).

Além dos benefícios fisiológicos, como a diminuição do risco de quedas e fractura de anca, diminuição do avanço da atrofia muscular esquelética e a consequente diminuição da força muscular associada também à idade (Couto, 2003; Sardinha & Martins, 2006), a actividade física praticada regularmente apresenta também benefícios psicossociais, contribuindo para significado e satisfação com a vida, quer pelo compromisso e responsabilidade social nela implícitos e pela oportunidade de manter o convívio social, quer pela melhoria da saúde mental, a diminuição do stress, a mudança do auto-conceito e da afectividade (Assis & Araújo, 2004). A realçar dois aspectos: i) os efeitos positivos da actividade física permanecem enquanto ela é praticada, mas não se acumula; e ii) a importância de uma avaliação criteriosa e supervisão de profissionais especializados antes do início da actividade física, no sentido da mesma ser adaptada conforme as características, condições e necessidades do idoso (Loureiro et al., 2007; Tirado, 2004).

A actividade é também considerada um meio privilegiado das pessoas alcançarem um envelhecimento bem-sucedido. Contudo, é importante considerar que o termo actividade inclui não só actividades físicas, mas também actividades mentais (Sé, 2009). O exercício e a estimulação das capacidades cognitivas nas pessoas idosas assumem também importância, uma vez que apesar de não fazerem desaparecer as diferenças de idade, tendem a contribuir para um declínio mais tardio do que as capacidades não exercitadas (Fonseca, 2005).

3.1.3. Sono e repouso

O sono e o repouso são funções restauradoras necessárias para a preservação da vida, desempenhando três tipos de funções: *“recuperação somática (relacionada com o crescimento, a recuperação dos tecidos e o equilíbrio imunológico); recuperação cognitiva (relacionada com a capacidade de pensar) e a recuperação psicológica (relacionada com as memórias e o equilíbrio do “eu”)*” (Paiva, 2005 cit in Almeida, 2010:19).

O processo normal de envelhecimento ocasiona modificações tanto na quantidade (menos horas de sono) como na qualidade do sono (sono mais superficial e dificuldade para reiniciá-lo) (Brandão, 2009:97). Existem inúmeras causas potenciais de distúrbios de sono na terceira idade (Geib, Neto, Wainberg & Nunes, 2003): i) distúrbios intrínsecos do sono (insónia, apnéia do sono, movimentos periódicos das pernas); ii) distúrbios extrínsecos do sono (ritmo circadiano, transtornos ambientais, tais como higiene inadequada de sono e consumo de substâncias psicoativas); iii) Parassonias (como confusão nocturna e enurese); e iv) transtornos do sono clínico psiquiátricos (relacionados a problemas clínicos e relacionados a problemas psiquiátricos). Estes distúrbios devem ser avaliados e encarados como problema – quer sejam decorrentes do processo de senescência ou caracterizados como doenças orgânicas ou psiquiátricas – uma vez que o seu aparecimento ou exacerbação podem ser prevenidos com a devida valorização, investigação e intervenção (Geib et al., 2003). Tais problemas têm importantes consequências sociais, nomeadamente, aumento da utilização dos recursos de saúde (em cerca de metade dos idosos que frequentam consultas, verifica-se queixas subjectivas de insatisfação com a qualidade de sono), aumento da utilização de hipnóticos, diminuição da qualidade de vida, maiores dificuldades nas actividades de vida diária e, muitos casos, aumento de sofrimento para o cuidador (Pinto, 2006). Alterações nos estilos de vida podem contribuir para um sono saudável: uso restrito de cafeína, manter horários e rotinas regulares para deitar e despertar, técnicas de relaxamento, limitar ou eliminar sesta durante o dia, evitar televisão no quarto, limitar bebidas (especialmente alcoólicas) após o jantar, evitar refeições a horas tardias e praticar exercício com regularidade (Haber, 2003).

3.1.4. Acidentes domésticos

Em Portugal, no grupo etário de 65 e mais anos, a grande maioria dos acidentes ocorre em casa (> 65%), sendo a actividade doméstica a principal actividade que as vítimas referem estarem a desenvolver no momento do acidente (DGS, 2004).

As quedas são o tipo de acidente muito comum nesta faixa etária e a principal causa de morte por lesão entre pessoas acima dos 65 anos, sendo que metade das quedas ocorre no próprio domicílio. Destes acidentes resultam não só episódios de hospitalização ou mesmo institucionalização, mas também mortalidade, morbilidade e sofrimento para os idosos e suas famílias (Nunes, 2009). Muitos idosos, após episódio de queda perdem a confiança e receiam voltar a cair, o que pode originar um ciclo de isolamento social, declínio funcional e depressão (Haber, 2003).

As causas de ocorrência das quedas na pessoa idosa resultam da interacção de factores *intrínsecos* e *extrínsecos* (Preto et al., 2011; Valentim, Fonseca, Santos & Santos, 2009). Os *intrínsecos*, estão relacionados com: as características individuais do idoso e associados a alterações decorrentes do processo normal de envelhecimento (alterações de visão, audição, perda do equilíbrio, alterações na marcha, distúrbios vestibulares, distúrbios proprioceptivos, sedentarismo, deformidades nos pés, entre outras); patologias específicas (cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas, pulmonares); a utilização de determinados medicamentos (tais como ansiolíticos, anti-hipertensivos, polifarmácias, diuréticos); problemas de saúde mental; factores sócio-culturais (ser do sexo feminino, idade superior a 75 anos, viver sozinho); baixa qualidade de vida; e dependência nas AVD's. E os *extrínsecos*, associados ao meio ambiente e factores relacionados com a actividade no momento da queda (iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos, piso irregular, pequenos objectos ou obstáculos no solo, estado dos degraus ou inexistência de corrimãos de apoio, presença de animais domésticos pela casa, uso de calçado inadequado e todas as demais questões ambientais que possam expor os idosos a uma situação de instabilidade postural) (Preto et al., 2011; Valentim et al., 2009).

Muitos destes riscos podem ser prevenidos, nomeadamente através da prática regular de exercício físico, alterações ambientais (domicílio) e adequação da medicação (Haber, 2003; OMS, 2006).

No âmbito deste tema faz sentido salientar o conceito de “*cidade amiga dos idosos*” concebido pela OMS (2005). Em termos práticos, “uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2009:1). A 29 de Junho de 2010, a OMS lançou uma *Rede Mundial de Cidades Amigas das Pessoas Idosas*, como forma de fomentar, facilitar e promover a participação dos cidadãos mais velhos na sociedade. A rede está em expansão também em Portugal, sob o nome “CIDADES”, projecto que visa identificar os aspectos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: espaços exteriores e

edifícios; transportes; *habitação*; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde (este é um projecto promovido pela Associação VIDA e co-financiado pela Direcção-Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian).

3.1.5. Consumo de tabaco

O consumo de tabaco tem efeitos graves na saúde (induz dependência física e psicológica na grande maioria dos consumidores) e na longevidade (os fumadores perdem em média dez anos de esperança de vida, que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar), constituindo, actualmente, a primeira causa de morbilidade e de mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos (responsável por cerca de 5 milhões de mortes anuais), afectando todo o organismo humano (Nunes, 2006). O tabaco é o maior factor de risco conhecido para o cancro, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes por cancro, 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica e 25% das mortes por doença cérebro-vascular (Bertolasce, 2004). Está também negativamente relacionado a factores que podem levar a importantes perdas da capacidade funcional – fumar acelera a taxa de declínio de densidade dos ossos, a força muscular e a função respiratória (OMS, 2006). De salientar o facto de estarem igualmente sujeitas aos malefícios do fumo as pessoas que não fumem e que frequentem ambientes onde estejam pessoas a fumar ou tenham estado fumadores (denominados por fumadores passivos) (Fonseca, 2007).

Trata-se de um factor de risco totalmente evitável, sendo que parar de fumar tem benefícios em qualquer idade (aumento de dois a três anos na esperança de vida após abandono do cigarro, entre idosos com 65 anos ou mais de idade que fumam até um maço de cigarros por dia, de acordo com Carvalho, Gomes e Tavares, 2010), motivo pelo qual o consumo de tabaco deve ser encarado pelos profissionais de saúde, em particular pelos médicos, como uma doença crónica, recidivante, que carece de prevenção e de tratamento (Nunes, 2006).

A Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto constitui um marco importante em Portugal no que se refere à execução ao disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, aprovada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro. Estabelece normas tendentes à prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco (limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados) e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a

cessação do seu consumo de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

3.1.6. Consumo de álcool

O consumo excessivo de álcool é actualmente um dos factores de risco com maior impacto na ocorrência de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com os estilos de vida. Os seus efeitos alteram-se com o avançar da idade, sendo que os idosos têm menor tolerância ao tóxico e mesmo pequenas quantidades podem ter consequências devastadoras (Nunes, 2009).

Em Portugal é um dos maiores problemas de saúde pública, tendo consequências dramáticas para a saúde dos portugueses (é um dos países onde o consumo de álcool *per capita* é dos mais elevados e, assim como outros países europeus do mediterrâneo, é um país de longa tradição vitivinícola) (Dias, 2008). É a terceira maior causa de morte em Portugal, seguido das doenças cardiovasculares e das neoplasias, sendo responsável por cerca de 6% das mortes. A primeira causa de mortalidade pelo alcoolismo deve-se às neoplasias das vias aero-digestivas superiores, causadas pela associação do tabaco e do álcool e a segunda a cirroses. Outras causas de morte pelo álcool são acidentes de circulação mortais (25 e 30%), acidentes de trabalho (10 a 20%), homicídios voluntários (2 a 3%) e suicídios (1 a 4%) (Lino, 2006).

O consumo excessivo de álcool na terceira idade pode também condicionar perda de independência nas AVD's: diminuição do funcionamento intelectual, acidentes, episódios de confusão recorrentes, sintomas de auto-negligencia e diminuição da atenção a actividades (Nunes, 2009).

A sobremortalidade ligada ao álcool é muito evidenciada na diminuição da “esperança de vida” do bebedor excessivo, quando comparada com a do bebedor normal. Por exemplo, um indivíduo de 20 anos vê a sua esperança de vida encurtada em 65%, se for um bebedor excessivo; um de 40 anos terá um encurtamento de 60% e um de mais de 60 anos terá uma redução de 3% (Mello, Barrias & Breda, 2001).

3.1.7. Vigilância de saúde/toma da medicação

Devido à maior vulnerabilidade para doenças crónicas, o uso de medicação torna-se mais comum com a idade (Haber, 2003). As alterações orgânicas e funcionais próprias do envelhecimento são responsáveis por eventuais aumentos de sensibilidade e acumulação de substâncias incorporadas nos medicamentos que podem conduzir a um acréscimo de efeitos adversos secundários ou do nível de toxicidade. O idoso está mais susceptível à iatrogenia dos

medicamentos pela multiplicidade de patologias que pode apresentar e consequente polimedicação (o uso simultâneo de vários medicamentos pode levar a interações nocivas das substâncias entre si) (Bastos, 2004; Santos 2008), bem como de erros ou enganos na toma da medicação (os seniores de idade avançada, regra geral, fazem mais confusões e têm menos concentração). Neste sentido, é necessário prudência na administração da medicação, uma vez que quanto maior for o número de medicamentos que o idoso toma, maior é a probabilidade de surgirem interações entre eles (como maior sonolência e menor capacidade de concentração e de raciocínio) e, conseqüentemente, poder ficar sujeito a diversos efeitos resultantes dessas interações (maior probabilidade de ocorrência de quedas, por exemplo).

A adesão ao tratamento farmacológico pode ser definida como “*o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente durante um tratamento*” (Nobre, Pierin, Mion et al., 2001 cit in Terra et al., 2010:120). A não adesão pode causar conseqüências negativas: i) desorganizar ou influenciar negativamente os potenciais benefícios do tratamento; ii) exacerbar ou prolongar a doença; iii) comprometer a avaliação médica no que se refere à resposta do paciente a um tratamento; iv) causar ansiedade e lesão ao paciente; v) resultar em sobras de medicamentos (situação que pode ocasionar automedicação irracional e envenenamento, e favorecer a elevação dos custos e do desperdício de recursos) (Marin, Luíza, Serpa et al., 2003 cit in Terra et al., 2010:120). Pode ocorrer de forma intencional ou não, sendo que quando está relacionada a limitações físicas, aspectos financeiros e cognitivo (dificuldades de compreensão e recordação das orientações recebidas e horários de administração dos medicamentos, por exemplo) é considerado não-intencional. A literatura refere que as causas mais frequentes de falta de adesão dos idosos estão relacionadas com motivos não-intencionais (Werlang, Argimon, & Stein, 2008).

A adesão ao tratamento farmacológico pode ser promovida, nomeadamente através de orientações sobre a doença ao paciente e seus familiares, simplificação dos regimes terapêuticos, informações escritas sobre dose, efeitos colaterais, envolvimento de equipa multidisciplinar e envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação e das medidas dietéticas (Terra et al., 2010). Segundo Santos (2008), o uso racional do medicamento pressupõe uma responsabilidade a três: o médico tem de determinar as prioridades da prescrição (quais os sintomas que devem ser tratados primeiro e quais as doses recomendadas, nomeadamente), o farmacêutico deve providenciar o aconselhamento (explicar as interações, os efeitos secundários, as contra-indicações, a forma de administração, por exemplo) e o doente (que tem que assumir as falhas de memória e escolher um membro da família em que se possa apoiar).

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo apresenta-se o estudo empírico realizado, designadamente o seu enquadramento e objectivos gerais e específicos, e as etapas seguidas no âmbito deste processo científico: metodologia utilizada na selecção da amostra e nos procedimentos na recolha de dados e a descrição dos instrumentos utilizados. É também feita referência ao tratamento estatístico dos dados e a caracterização geral da amostra.

1. Estudo empírico

“O processo científico efectua-se geralmente de forma ordenada, através de uma série de etapas.”

(Fortin, 2003:35)

1.1. Enquadramento do estudo

O envelhecimento da população é uma tendência demográfica actual. Esta situação justifica a importância da investigação no âmbito da temática do processo de envelhecimento e suas implicações, com vista ao desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma melhor estrutura de suporte à população idosa crescente (Ferreira, Rocha & Maia, 2010; Laranjeira, 2010).

O aumento da esperança média de vida está associado à necessidade crescente de serviços sociais e cuidados de saúde, designadamente em razão do aumento da prevalência de doenças crónicas, as quais podem levar à incapacidade funcional. De acordo com a OMS (2002), as doenças crónicas são decorrentes dos estilos de vida ocidental, sendo os factores de risco os mesmos ao longo do tempo e no espaço e seus efeitos são modificáveis por intervenção sanitária. A redução dos riscos de ocorrência de doenças crónicas passaria, nomeadamente, pela alteração dos estilos de vida (OMS, 2006;2008). No seguimento deste pressuposto, um envelhecimento bem sucedido pode estar ao alcance da grande maioria da população, desde que exista um investimento na prevenção e na intervenção para a promoção de saúde, ou seja, evitar na população sequelas incapacitantes (Jurilza, 2007 cit in Filgueiras, Menezes, Apolônio & Borges, 2009). No entanto, apesar das orientações para a adopção de estilos de vida saudáveis serem vastas na literatura, assim como a divulgação sobre factores de riscos e protecção à saúde, pouco se conhece sobre a percepção populacional acerca da importância dessas exposições, bem como o grau de importância dado a esses factores (Siqueira et al., 2009), o que fundamenta a pertinência deste estudo.

1.2. Objectivos do estudo

Em termos gerais, este estudo pretende caracterizar as necessidades e prioridades das pessoas idosas com doença crónica, tendo subjacentes as áreas da promoção da saúde e os cuidados prestados. Mais especificamente, os objectivos são:

- a) Caracterizar a capacidade funcional das pessoas idosas com doença crónica através do grau de autonomia no desempenho de actividades básicas de vida diária;
- b) Identificar quais são as necessidades das pessoas idosas em termos físicos, psicológicos e sociais;
- c) Identificar os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida com vista à caracterização dos hábitos das pessoas idosas que podem constituir elementos preventivos da doença;
- d) Identificar os cuidados de saúde e prevenção adoptados pelas pessoas idosas com doença crónica;
- e) Identificar a percepção que as pessoas idosas têm sobre a informação que lhes é facultada sobre as áreas da promoção da saúde.

2. Metodologia

Este estudo consiste num estudo exploratório do tipo quantitativo e descritivo, baseado em elementos recolhidos através de questionários. De acordo com Fortin (2003:161), *“os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”*.

2.1. Instrumentos utilizados

Para a recolha de dados, constituiu-se um protocolo que inclui três instrumentos (anexo 1):

2.1.1. Questionário sócio-demográfico

É um questionário usado no âmbito da caracterização sócio-demográfica e é constituído pelas dez questões que integram o item relativo à recolha de informação pessoal da versão portuguesa do EASYCare (no original, *Elderly Assessment System*) (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Pretende identificar o participante através da recolha das seguintes informações: sexo, idade, área de residência, estado civil actual, anos de educação formal, se o rendimento do seu agregado familiar chega para as necessidades, com quem vive, situação profissional, se cuida de alguém e se tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados.

2.1.2. Índice de Barthel

O Índice de Barthel (IB) foi criado em 1955 por Mahoney e Barthel para medir a evolução de indivíduos incapacitados por processos neuromusculares e neuroesqueléticos num Hospital de Maryland para doentes crónicos, contudo, apenas foi publicado dez anos mais tarde (1965).

O IB (Mahoney & Barthel, 1965) é um instrumento vulgarmente utilizado na investigação e na prática clínica, para avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as actividades básicas de vida diária (ABVD's), disponibilizando informação sobre o grau de dependência. Inclui as ABVD's: alimentar, higiene pessoal, uso da sanita, tomar banho, vestir-se, controlo de esfinteriano (urinário e fecal), mobilidade, transferências, subir e descer escadas. Para cada tipo de actividades, existe uma pontuação que pode assumir os valores 0, 5, 10 ou 15 pontos; a pontuação global pode assumir valores entre os 0 e os 100 pontos, correspondendo a pontuação mínima de zero a máxima dependência para todas as ABVD's avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas ABVD's avaliadas. Alguns autores têm proposto pontos de referência para facilitar a interpretação com um corte de 60 que corresponderia ao «ponto de viragem» entre independência/dependência (acima de 60 implica independência) (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Segundo Mahoney e Barthel (1965), a pontuação total não é tão importante ou significativo como as pontuações parciais para cada actividade, uma vez que estas indicam quais as incapacidades específicas da pessoa, o que permite adequar os cuidados às suas necessidades.

É um índice de fácil aplicação (pouco tempo para o seu preenchimento) e interpretação, baixo custo de aplicação, possibilidade de ser repetido periodicamente (permite monitorizações longitudinais) apresentando elevados níveis de fiabilidade e validade (a versão original do índice apresenta uma consistência interna alta, com um alpha de Cronbach de 0.86-0.92) (Rufaza & Moreno, 1997; Solis, Arriola & Manzano, 2005 cit in Barbosa, 2009).

Em Portugal, foi realizado um estudo com 209 idosos com idade superior a 64 anos, a viverem na comunidade (três regiões do Norte de Portugal) para o estudo das propriedades psicométricas deste instrumento (Araújo et al., 2007). Os autores verificaram que é efectivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$, concluindo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objectiva, nos serviços de saúde, nomeadamente, no contexto comunitário.

2.1.3. Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa

Trata-se de um questionário estruturado e elaborado especificamente para este estudo, e é constituído por 2 partes que englobam 52 questões fechadas. Na primeira parte é efectuada recolha de *informações gerais sobre a saúde*: dados antropométricos (questão 1); descrever a auto-apreciação relativamente à saúde (questões 2 e 3); compreender e identificar o impacto da(s) doença(s) crónica(s) (questões 4, 5 e 7); caracterizar o tipo de acompanhamento médico (questões 8, 9 e 10); identificar e avaliar o tipo de informação disponibilizada pelos profissionais de saúde (questão 12); e identificar a rede de suporte (questões 11 e 13). A segunda parte engloba questões que pretendem recolher *informações específicas sobre cada um dos temas preconizados pela OMS para a prevenção da doença e promoção da saúde no idoso: alimentação* (questões 14 à 22); *actividade física* (questões 23 à 25); *sono e repouso* (questões 26 à 30); *acidentes domésticos* (questões 31 e 32); *consumo de tabaco* (questões 33 à 37); *consumo de álcool* (questões 38 à 41); *vigilância de saúde/toma de medicação* (questões 42 à 52).

A fase de preparação do questionário (nomeadamente, a pesquisa bibliográfica sobre os temas em estudo, o estabelecimento da sequência das questões e seu formato e a revisão do esboço do questionário, de forma a detectar possíveis erros técnicos e/ou gramaticais) decorreu durante os meses de Outubro e Novembro de 2010. A construção do questionário (conteúdo e sequência e número de questões) teve em conta alguns princípios básicos e o tipo de população-alvo, tendo privilegiado a opção por questões fechadas (questões dicotómicas, de escolha múltipla, de gradação ou contínuo).

Foi realizado um pré-teste centrado na avaliação dos instrumentos (especialmente no questionário construído) de modo a verificar a sua aplicabilidade e compreensão junto da população alvo, em termos gerais, e a avaliar o seu conteúdo, a clareza e precisão dos termos, formulação e pertinência das questões, sequência e duração média das entrevistas, mais especificamente.

O primeiro momento do pré-teste decorreu a 03 de Novembro de 2010 junto de 3 clientes. A análise, sobretudo qualitativa, dos resultados deste primeiro pré-teste permitiu detectar alguns constrangimentos, quer ao nível da formulação das questões e opções de resposta (necessidade de simplificar algumas questões e opções de respostas), quer ao nível da dimensão do questionário (demasiado extenso), que conduziram à sua reestruturação. No segundo momento do pré-teste (decorrido entre 06 e 12 de Dezembro de 2010, também junto de 3 clientes) o

questionário demonstrou ser adequado, tendo sido a exclusão de uma questão a única alteração resultante.

Os clientes intervenientes no pré-teste foram incluídos no grupo de estudo.

2.2. População e amostra

2.2.1. População

A população em estudo foi os clientes das respostas sociais de Lar de Idosos (LI) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do Centro Social Paroquial São Pedro de Maceda (CSPSPM), localizado na freguesia de Maceda, concelho de Ovar, distrito de Aveiro.

O CSPSPM é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), criada em Junho de 1981 pela iniciativa da Comissão da Fábrica da Igreja de Maceda. Tem como Missão prestar respostas sociais de modo a promover para o desenvolvimento integral da comunidade, especialmente das crianças e idosos em situação mais desfavorecida, através de um acompanhamento personalizado e contínuo, tendo como pilar o espírito da solidariedade social.

Actualmente engloba dois estabelecimentos: um estabelecimento onde desenvolve as respostas sociais da área da infância (a Creche com capacidade para 45 crianças e o Pré-Escolar com capacidade para 44 crianças) inaugurado em 1991, e outro onde desenvolve as respostas sociais da área da terceira idade (Centro de Dia com capacidade para 30 idosos, LI com capacidade para 40 idosos e SAD para 40 idosos), inaugurado em 2004. A Instituição tem Acordos de Cooperação com o Centro Distrital da Segurança Social de Aveiro no âmbito das cinco respostas sociais. A nível de pessoal, tem 53 colaboradores a contrato e 8 colaboradores em regime de prestação de serviços.

A resposta social de LI consiste no *“estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”* (Norma I do Despacho Normativo n.º 12/98). O LI do CSPSPM foi criado em Julho de 1995 e desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas, nomeadamente: alojamento permanente; alimentação (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e reforço alimentar ao deitar); cuidados de higiene e conforto; tratamento de roupas; acompanhamento médico (2 vezes/semana) e de enfermagem (3H/dia); apoio/acompanhamento psicossocial; vigilância 24 horas por dia, durante a permanência do cliente na Instituição; actividades de animação, ocupação e lazer (passeios, jogos, trabalhos manuais, convívios intergeracionais e interinstitucionais,); classe de movimento e bem-

estar/fisioterapia individual; serviço de Estética; serviço de Podologia; apoio em deslocações ao exterior; transporte e acompanhamento a consultas médicas, serviço religioso, entre outras.

A lotação máxima do LI é de 40 clientes e o horário de funcionamento é de 24H por dia, todos os dias da semana.

O SAD é uma resposta social que consiste na *“prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária”* (Norma I do Despacho Normativo n.º 62/99). O SAD do CSPSPM foi criado em 28 de Agosto de 1996 e desenvolve os seguintes serviços: prestação de cuidados de higiene e conforto; confecção, transporte e/ou distribuição de refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar); arrumação e pequenas limpezas no domicílio; tratamento de roupas; apoio/acompanhamento psicossocial; actividades de animação, ocupação e lazer (passeios, trabalhos manuais, convívios intergeracionais e interinstitucionais,) e outros serviços pontuais (apoio às refeições, assistência medicamentosa, e.g.)

O SAD tem duas modalidades de funcionamento: de 2ª a 6ª feira (dias úteis): 8H-20H e de 2ª a domingo, incluindo feriados: 8H-13H/17H-20H. Cada uma das modalidades tem a lotação máxima de 20 clientes.

A escolha desta Instituição derivou do facto da autora do estudo exercer a sua actividade profissional (Directora Técnica), o que apresentou algumas vantagens, nomeadamente maior rapidez na recolha dos dados (selecção da amostra e contactos) e a possibilidade de estudar as características da população idosa com quem trabalha, no sentido de posteriormente poder intervir no seu contexto de trabalho. Pelo contrário, tal facto poderá aumentar a probabilidade de ocorrência de desejabilidade social nas respostas dos participantes (ainda que os temas em estudo estejam mais relacionados com o trabalho desenvolvido directamente pelos profissionais de saúde ao serviço na Instituição, o cargo ocupado pela autora do estudo implica a supervisão de todos os serviços). De forma a prevenir esta situação, a administração do protocolo ocorreu fora do horário de serviço da autora e, quando realizada na Instituição, num gabinete que não fosse utilizado no âmbito da actividade que exerce.

2.2.2. Amostra

A amostra deste estudo foi seleccionada através do método de amostragem não probabilística e de conveniência. Esta Incluiu 50 clientes do CSPSPM: 25 clientes da resposta social de LI e 25 clientes da resposta social de SAD.

Nesta selecção constituíram critérios de inclusão: i) ter idade superior ou igual a 65 anos, ii) ter doença(s) crónica(s), iii) apresentar discurso coerente e orientação no espaço e no tempo e capacidade de expressar opiniões, iv) ser cliente do CSPSPM (LI ou SAD) e v) aceitar participar no estudo (consentimento informado).

2.3. Considerações éticas

O *Belmont Report* articulava três importantes princípios éticos (que possuem várias dimensões), nos quais são baseados os padrões de conduta ética na pesquisa: i) a *beneficência* (integridade, garantia contra a exploração, relação risco/benefício), ou seja, não causar dano; ii) o *respeito pela dignidade humana* que inclui o direito à auto-determinação e o direito à revelação total e iii) a *justiça*, que inclui o direito dos participantes ao tratamento justo e seu direito à privacidade (Polit, Beck & Hungler, 2004).

As considerações éticas estiveram presentes desde a preparação e durante toda a execução do estudo:

- a) Autorização formal à Direcção do CSPSPM para a realização de um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado em Gerontologia - pedido entregue a 12 de Outubro de 2010 e aprovado na Reunião de Direcção de 18 de Outubro de 2010 (anexo 2);
- b) Participação voluntária dos participantes após esclarecimento sobre os objectivos do estudo e garantia de confidencialidade;
- c) Assinatura do Consentimento Informado (anexo 3) pelos participantes no estudo como prova de aceitação na colaboração do estudo, onde foi feita uma breve apresentação da autora do trabalho, tipo de estudo, tema e objectivos, assegurando simultaneamente a confidencialidade, intimidade e segurança dos participantes;
- d) Codificação de todos os dados de forma a não serem relacionados com os sujeitos.

2.4. Procedimentos na recolha de dados

Após autorização da Direcção do CSPSPM para a realização do estudo, procedeu-se à selecção da amostra tendo por base os critérios de inclusão. As pessoas seleccionadas foram contactadas pela autora (que exerce funções de Directora Técnica na Instituição), e informados dos objectivos do estudo e da colaboração solicitada.

Antes de iniciar a recolha de dados, a autora esclareceu novamente os participantes da natureza e objectivos da investigação, métodos e meios pelos quais seria conduzida, tempo médio

de aplicação e confidencialidade dos dados. Todas as pessoas contactadas para participar no estudo aceitaram participar e assinaram o consentimento livre informado.

O protocolo dos instrumentos foi administrado por entrevista (pela autora) em dois contextos: i) na Instituição, no caso dos clientes da resposta social de LI e dos clientes de SAD com capacidade e/ou disponibilidade para deslocação e ii) no domicílio, no caso dos clientes da resposta social de SAD que não tivessem capacidade e/ou disponibilidade para deslocação.

Todos os instrumentos foram aplicados em contexto de entrevista, com uma duração média de 30 minutos.

O processo de recolha de dados decorreu entre Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011.

2.5. Tratamento estatístico dos dados

O procedimento para a análise dos dados compreenderá a estatística descritiva, através do programa SPSS versão 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

2.6. Caracterização geral da amostra

Nesta secção procede-se a uma breve análise das características sócio-demográficas, económicas, geográficas e de identificação de cuidadores, dos participantes, cujos dados se encontram sintetizados na tabela 1.

A amostra total compreende 50 participantes, sendo 25 da resposta social de LI e 25 da resposta social de SAD.

No que concerne ao género existe predominância do *masculino* na amostra total (54%), situação também verificada na amostra de SAD (60% do sexo masculino), mas não em LI (48% do sexo masculino).

Quase a totalidade da amostra (98%) reside em zona *rural*, justificado pela localização do CSPSPM (Maceda, concelho de Ovar).

De acordo com a distribuição segundo a idade, isto é, de acordo com os grupos etários, e na amostra global verifica-se a predominância dos indivíduos com idades compreendidas *entre os 76 e 85 anos* (44%), situação idêntica aos resultados por resposta social (40% em LI e 48% em SAD). Os restantes indivíduos na amostra global distribuem-se pelos *mais de 86 anos* (30%) e *65 a 75 anos* (26%).

No que concerne ao estado civil, é possível aferir que a maioria dos indivíduos que compõem a amostra total é *viúvo* (56%) e *casado/união de facto* (32%). Contudo, verificam-se diferenças entre as respostas sociais: a maioria dos idosos de LI (68%) é *viúvo*, 16% são *casados/união de*

facto e igual número *solteiros*; no SAD, 48% são *casados/união de facto*, 44% *viúvos*, 4% *solteiro* e 4% *divorciado/separado*.

Na amostra total, a maioria dos participantes (78%) frequentou a escola, tendo como escolaridade formal o 1.^o Ciclo, embora 14% *não tenha frequentado* e apenas 8% apresentarem uma escolaridade *superior à 4.ª classe*. Nas amostras por resposta social, prevalece também o 1.^o Ciclo (72% em LI e 84% em SAD).

Na caracterização dos seus rendimentos/mês, 46% da amostra total responde que é *suficiente* e 40% que é *insuficiente*. No caso do LI, a maioria (60%) responde que é *suficiente* e 32% que é *insuficiente*; em SAD, pelo contrário, verifica-se maior percentagem (48%) na opção de resposta é *insuficiente*, seguindo-se a *suficiente* (32%). A opção *excede necessidades* é seleccionada apenas por 20% dos idosos de SAD.

Relativamente à questão com quem vivem, metade da amostra total vive em *instituição* (50%), correspondendo à totalidade dos idosos de LI; 22% vive com o *cônjuge*, 16% *sozinho* e apenas 6% vive *em família alargada* e igual percentagem *noutra situação*.

Quanto à situação profissional, a maioria da amostra total (96%) é *reformado* (92% em LI e 100% em SAD) e os restantes (4%) *pensionistas* (8% em LI).

Quanto à questão se cuida de alguém, a maioria dos idosos da amostra total (90%) responde que *não*, situação idêntica aos resultados obtidos por resposta social (92% em LI e 88% em SAD), sendo que apenas 10% relatou que *sim* (8% em LI e 12% em SAD).

Na questão se tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados, 56% da amostra total refere que *não* (sendo 60% em LI e 52% em SAD).

Tabela 1 - Caracterização da amostra

		LI (=25)		SAD (=25)		Total (=50)	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	13	52%	10	40%	23	46%
	Masculino	12	48%	15	60%	27	54%
Área de residência	Rural	25	100%	24	96%	49	98%
	Urbana	0	-	1	4%	1	2%
Idade	65 a ≤ 75 anos	6	24%	7	28%	13	26%
	≥ 76 a ≤ 85 anos	10	40%	12	48%	22	44%
	≥ 86 anos	9	36%	6	24%	15	30%
Estado civil	Solteiro(a)	4	16%	1	4%	5	10%
	Casado(a)/união de facto	4	16%	12	48%	16	32%
	Divorciado(a)/separado(a)	0	-	1	4%	1	2%
	Viúvo(a)	17	68%	11	44%	28	56%
Escolaridade	Não frequentou a escola	4	16%	3	12%	7	14%
	1.º Ciclo (1.ª à 4.ª classe)	18	72%	21	84%	39	78%
	2.º Ciclo (5.º e 6.º ano)	1	4%	0	-	1	2%
	3.º Ciclo (7.º ao 9.º ano)	0	-	1	4%	1	2%
	Secundário	1	4%	0	-	1	2%
	Licenciatura	1	4%	0	-	1	2%

Situação financeira/mês	Insuficiente	8	32%	12	48%	20	40%
	Suficiente	15	60%	8	32%	23	46%
	Excede necessidades	0	-	5	20%	5	10%
	<i>Não sabe</i>	2	8%	0	-	2	4%
Com quem vive	Sozinho	0	-	8	32%	8	16%
	Com cônjuge	0	-	11	44%	11	22%
	Em família alargada	0	-	3	12%	3	6%
	Em instituição (LI)	25	100%	0	-	25	50%
	Outra situação	0	-	3	12%	3	6%
Situação profissional	Pensionista	2	8%	0	-	2	4%
	Reformado(a)	23	92%	25	100%	48	96%
Cuida de alguém	Sim	2	8%	3	12%	5	10%
	Não	23	92%	22	88%	45	90%
É cuidado por alguém	Sim	10	40%	12	48%	22	44%
	Não	15	60%	13	52%	28	56%

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação dos dados estatísticos resultantes da aplicação do *Índice de Barthel* no âmbito da avaliação da capacidade funcional (classificação geral e parcial), e do *Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa*, que aborda as principais áreas de promoção da saúde. Nesta apresentação dos dados, as tabelas são de frequência com as duas respostas sociais (LI e SAD), sendo os resultados analisados em termos de amostra total e por resposta social. De forma a facilitar a análise e interpretação dos dados, é importante clarificar que algumas questões permitiam seleccionar mais do que uma opção de resposta.

1. Avaliação da capacidade funcional

No âmbito da avaliação da capacidade funcional dos idosos para realizar as ABVD's, e em termos de pontuação global, verifica-se que a maioria é *independente* (40%) e dos que apresentam dependência, 36% é *ligeira*, 14% *grave*, 6% *moderado* e 4% *muito grave* (tabela 2). Entre as respostas sociais verificam-se algumas diferenças: maior percentagem de *independentes* em SAD (48%); e maior percentagem de *dependentes ligeiros* em LI (48%); inexistência do grau de *dependência moderada* em LI; maior percentagem de *dependência grave* em LI (16%); e igual percentagem de *dependência muito grave* (4%).

Tabela 2 - Classificação geral do Índice de Barthel

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Classificação geral	Muito grave	1	4%	1	4%	2	4%
	Grave	4	16%	3	12%	7	14%
	Moderado	0	-	3	12%	3	6%
	Ligeiro	12	48%	6	24%	18	36%
	Independente	8	32%	12	48%	20	40%

Em termos de classificações parciais para cada actividade (tabela 3), existe consonância entre os resultados dos participantes no total da amostra e por resposta social: a maioria (84%) é continente relativamente à actividade *evacuar* (76% em LI e 92% em SAD); a maioria (84%) é continente na actividade *urinar* (76% em LI e 92% em SAD); a maioria (80%) é independente na *higiene pessoal* (88% em LI e 72% em SAD); a maioria (78%) é independente em *ir à casa de banho* (80% em LI e 76% em SAD); a maioria (86%) é independente para *alimentar-se* (84% em LI e 88% em SAD); a maioria (74%) é independente para *deslocar-se* (80% em LI e 68% em SAD); a maioria (78%) é independente em termos de *mobilidade* (80% em LI e 76% em SAD); a maioria (60%) é independente para *vestir-se* (52% em LI e 68% em SAD), ainda que cerca de um quarto dos idosos

que compõem a amostra (24%) precise de ajuda (36% em LI e 12% em SAD); metade dos participantes (50%) é independente para subir e descer *escadas* (48% em LI e 52% em SAD) e 36% incapaz (48% em LI e 24% em SAD); e metade dos participantes (50%) é independente para *tomar banho* (44% em LI e 56% em SAD) e outra metade dependente (56% em LI e 44% em SAD).

Tabela 3 - Classificações parciais do Índice de Barthel

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Evacuar	Incontinente	1	4%	0	-	1	2%
	Acidente ocasional	5	20 %	2	8%	7	14%
	Contínente	19	76%	23	92%	42	84%
Urinar	Acidente ocasional	6	24%	2	8%	8	16%
	Contínente	19	76%	23	92%	42	84%
Higiene pessoal	Necessita de ajuda	3	12%	7	28%	10	20%
	Independente	22	88%	18	72%	40	80%
Ir à casa de banho	Dependente	1	4%	2	8%	3	6%
	Precisa de ajuda	4	16%	4	16%	8	16%
	Independente	20	80%	19	76%	39	78%
Alimentar-se	Precisa de ajuda	4	16%	3	12%	7	14%
	Independente	21	84%	22	88%	43	86%
Deslocar-se	Incapaz	0	-	2	8%	2	4%
	Grande ajuda física	5	20%	4	16%	9	18%
	Pequena ajuda	0	-	2	8%	2	4%
	Independente	20	80%	17	68%	37	74%
Mobilidade	Imobilizado	4	16%	2	8%	6	12%
	Independente na cadeira de rodas	1	4%	0	-	1	2%
	Anda com ajuda de uma pessoa	0	-	4	16%	4	8%
	Independente	20	80%	19	76%	39	78%
Vestir-se	Dependente	3	12%	5	20%	8	16%
	Precisa de ajuda	9	36%	3	12%	12	24%
	Independente	13	52%	17	68%	30	60%
Escadas	Incapaz	12	48%	6	24%	18	36%
	Precisa de ajuda	1	4%	6	24%	7	14%
	Independente	12	48%	13	52%	25	50%
Tomar banho	Dependente	14	56%	11	44%	25	50%
	Independente	11	44%	14	56%	25	50%

2. A saúde da pessoa idosa

Nesta secção analisam-se os resultados relativos à saúde da pessoa idosa: avaliação antropométrica, percepção da sua saúde, atitude habitual perante a sua saúde, doença crónica, impacto da doença crónica, cuidados de saúde e informação recebida.

Avaliação antropométrica da pessoa idosa

Nos resultados obtidos no cálculo do IMC (tabela 4), verifica-se que mais de metade dos idosos da amostra global (52%) tem *excesso de peso*, resultado também presente na análise por resposta social (52% em LI e 52% em SAD) e 22% tem *obesidade*, sendo mais prevalente em LI

(32% em LI e 12% em SAD); apenas 20% encontra-se no *peso normal*, aqui o SAD em maior número (12% em LI e 28% em SAD), e 6% apresenta *baixo peso* (4% em LI e 8% em SAD).

Percepção da sua saúde

No que concerne a avaliação da sua saúde, as opções de resposta com maior percentagem são: 46% consideram-na *regular*, e 40% consideram-na *má*. A saúde é percebida de forma mais positiva pelos idosos de LI: a maioria do LI (56%) avalia, em termos gerais, como *regular*, 24% como *má* e 20% como *boa*; no caso do SAD, a maioria (56%) avalia como *má*, 36% como *regular* e 8% como *boa*.

Atitude habitual perante a sua saúde

Na descrição da atitude habitual perante a sua saúde, metade da amostra (50%) considera estar *moderadamente preocupada* com a sua saúde (56% em LI e 44% em SAD), 36% refere estar *muito preocupado* (28% em LI e 44% em SAD) e apenas 14% refere não se encontrar *nada preocupado* (16% em LI e 12% em SAD).

Doença crónica

Quando questionados sobre o conhecimento do significado de “doença crónica”, verifica-se que quase metade dos participantes (42%) responde *não saber* o que significa o conceito (48% em LI e 36% em SAD), obtendo-se a mesma percentagem de respostas nos que afirmam ter conhecimento do que significa (44% em LI e 40% em SAD); apenas 16% responde “*mais ou menos*” (8% em LI e 24% em SAD).

A HTA é a doença crónica mais prevalente nos idosos que compõem a amostra no global, sendo que 80% dos participantes sofre de HTA independentemente da resposta social (80% em LI e 80% em SAD). Segue-se a *Dislipidemia* presente em 36% dos participantes (40% em LI e 32% em SAD), a *Diabetes Mellitus* (30%) e aqui 28% em LI e 32% em SAD; as *Varizes* (30%) sendo 36% da resposta social de LI e 24% de SAD, a *Osteoporose* (28% no global, sendo 36% em LI e 20% em SAD), a *Arritmia* (26% no global, sendo 32% em LI e 20% em SAD) e o *Síndrome depressivo* (20% no total, sendo 20% em LI e 20% em SAD). Esta questão não estava condicionada a um número limitado de respostas, ou seja, os idosos identificavam a(s) doença(s) crónica(s) que sofre(m) na actualidade.

A maioria do total dos participantes (58%) indica sofrer de doença crónica há *10 ou mais anos*, sendo que esta percentagem é superior no grupo dos participantes da resposta social de SAD (48% em LI e 68% em SAD), existindo, contudo, um número significativo de idosos que refere *não saber* (20% em LI e 12% em SAD).

Impacto da doença crónica

Relativamente aos aspectos da vida em que as doenças crónicas tiveram maior impacto, apesar de algumas diferenças entre LI e SAD, o grau de importância atribuído a cada um dos aspectos é igual em ambas respostas sociais: a maioria (78%) indica o aspecto *psicológico* (80% em LI e 76% em SAD), seguindo-se o *económico* (58%; 56% em LI e 60% em SAD), o *relacional* (40%; 36% em LI e 44% em SAD), o *familiar* (16%; 12% em LI e 20% em SAD) e o *ambiental* (8%; 12% em LI e 4% em SAD).

Tabela 4 - Avaliação de aspectos relacionados com a saúde da pessoa idosa

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
IMC	< 18,5 kg/m ² (= baixo peso)	1	4%	2	8%	3	6%
	18,5 - 24,9 kg/m ² (= peso normal)	3	12%	7	28%	10	20%
	25,0 - 29,9 kg/m ² (= excesso de peso)	13	52%	13	52%	26	52%
	> 30,0 kg/m ² (= obesidade)	8	32%	3	12%	11	22%
Auto-avaliação da saúde	Má	6	24%	14	56%	20	40%
	Regular	14	56%	9	36%	23	46%
	Boa	5	20%	2	8%	7	14%
	Muito Boa	-	-	-	-	-	-
Atitude habitual perante a saúde	Nada preocupado	4	16%	3	12%	7	14%
	Moderadamente preocupado	14	56%	11	44%	25	50%
	Muito preocupado	7	28%	11	44%	18	36%
Significado de "doença crónica"	Sim	11	44%	10	40%	21	42%
	"Mais ou menos"	2	8%	6	24%	8	16%
	Não	12	48%	9	36%	21	42%
Doenças crónicas identificadas	HTA	20	80%	20	80%	40	80%
	Dislipidemia	10	40%	8	32%	18	36%
	Diabetes Mellitus	7	28%	8	32%	15	30%
	Varizes	9	36%	6	24%	15	30%
	Arritmia	8	32%	5	20%	13	26%
	Osteoporose	9	36%	5	20%	14	28%
	Osteoartrose	8	32%	2	8%	10	20%
	Síndrome depressivo	5	20%	5	20%	10	20%
Tempo que sofre de doença(s) crónica(s)	≤ 1 ano	1	4%	1	4%	2	4%
	≤ 2 anos	1	4%	1	4%	2	4%
	≤ 3 anos	1	4%	2	8%	3	6%
	>3 e ≤ 5 anos	1	4%	-	-	1	2%
	>5 e ≤ 10 anos	4	16%	1	4%	5	10%
	≥ 10 anos	12	48%	17	68%	29	58%
	Não sabe	5	20%	3	12%	8	16%
Aspectos da vida em que a(s) doença(s) crónica(s) teve/tiveram maior impacto*	Ambiental	3	12%	1	4%	4	8%
	Económico	14	56%	15	60%	29	58%
	Familiar	3	12%	5	20%	8	16%
	Psicológico	20	80%	19	76%	39	78%
	Relacional	9	36%	11	44%	20	40%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

Cuidados de saúde

Todos os participantes (100%) referem ter Médico de Família fixo (tabela 5). A frequência com que recorrem a este profissional de saúde é bastante variável: 4% *uma vez por mês* (apenas 8% de LI), 20% de *dois em dois meses* (16% idosos de LI e 24% de SAD), 18% de *3 em 3 meses* (20% idosos de LI e 16% de LI), 16% de *6 em 6 meses* (12% idosos de LI e 20% de SAD) e 4% *uma vez por ano* (apenas 8% de SAD). Em ambas respostas sociais, uma percentagem elevada responde que *não sabe* (44% em LI e 32% em SAD).

Metade dos participantes do total da amostra (50%) é seguido em consulta de especialidade, sendo na sua maioria da resposta social de SAD (32% de LI e 68% de SAD). *Oftalmologia* é a especialidade mais referida em ambas as respostas sociais (12% em LI e 28% em SAD). No caso de idosos pertencentes à resposta social de LI, as especialidades que se seguem com maior percentagem são: *Cardiologia* (8%) e *Psiquiatria* (8%); no caso da resposta social de SAD, as especialidades a seguir com maior percentagem são *Ortopedia* (12%) e *Medicina Interna* (12%). Dos idosos seguidos em especialidade (60%), a maioria recorre ao sector *público* (40%, sendo 24% de LI e 56% de SAD).

A maioria dos participantes da amostra global (78%) refere que é *muitas vezes* acompanhado às consultas médicas (88% em LI e 68% em SAD); porém, na resposta social de SAD existem 24% dos idosos que *nunca* são acompanhados. Como acompanhante destaca-se a *instituição* (76%) no caso de LI, e *membro da família* (48%) e *cônjuge/companheiro* (32%) no caso de SAD.

Informação recebida

Relativamente ao tipo de informação fornecida pelos profissionais de saúde, e em termos de quantidade, a maioria (66%) classifica-a como sendo *alguma* (68% em LI e 64% em SAD), mas 20% consideram-na como *pouca* (24% em LI e 16% em SAD) e apenas 12% considera-na como *muita* (8% em LI e 16% em SAD).

Em termos de grau de satisfação com a informação recebida, a maioria (76%) responde estar *satisfeito* (80% em LI e 72% em SAD); 12% refere estar *pouco satisfeito* (8% em LI e 16% em SAD) e apenas 10% refere estar *muito satisfeito* (maior percentagem em LI: 12% em LI e 8% em SAD).

Todos os idosos afirmam que *nunca* costumam receber informação escrita por parte dos profissionais de saúde relativamente às suas doenças e apenas 4% dos idosos confirmam já terem sido encaminhados para Associações, Serviços e/ou Linhas de Apoio (um deles para o Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello de Coimbra e o outro para a Cáritas Diocesana de Aveiro).

O *profissional de saúde* (76%) é indicado como o recurso mais utilizado pelos idosos de LI quando surgem dúvidas relacionadas com a(s) sua(s) doença(s) destacando-se destes o *enfermeiro* (48%) e o *médico* (28%). No caso de SAD, apesar do *profissional de saúde* (44%) também ser referido como um dos recursos mais utilizados, e neste caso o *médico* (32%), surge aqui o *membro da família* em destaque (56%).

Tabela 5 - Caracterização dos cuidados de saúde e informação recebida pelos profissionais de saúde

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Médico de Família fixo	Sim	25	100%	25	100%	50	100%
	Não	-	-	-	-	-	-
Frequência com que vai ao Médico de Família	1xmês	2	8%	-	-	2	4%
	De 2 em 2 meses	4	16%	6	24%	10	20%
	De 3 em 3 meses	5	20%	4	16%	9	18%
	De 6 em 6 meses	3	12%	5	20%	8	16%
	1xano	-	-	2	8%	2	4%
	Não sabe	11	44%	8	32%	19	38%
Seguido em Consulta(s) de Especialidade	Não	17	68%	8	32%	25	50%
	Sim	8	32%	17	68%	25	50%
Especialidade(s) mais prevalente(s)*	Oftalmologia	3	12%	7	28%	10	20%
	Ortopedia	1	4%	3	12%	4	8%
	Medicina Interna	1	4%	3	12%	4	8%
	Cardiologia	2	8%	1	4%	3	6%
	Psiquiatria	2	8%	1	4%	3	6%
	Outra(s)	-	-	3	12%	3	6%
Sector da(s) Especialidade(s)	Público	6	24%	14	56%	20	40%
	Privado	2	8%	3	12%	5	10%
Acompanhado às consultas médicas	Nunca	3	12%	6	24%	9	18%
	Por vezes	-	-	2	8%	2	4%
	Muitas vezes	22	88%	17	68%	39	78%
Por quem é geralmente acompanhado*	Cônjuge/companheiro	1	4%	8	32%	9	18%
	Membro da família	6	24%	12	48%	18	36%
	Amigo	1	4%	-	-	1	2%
	Instituição (LI ou SAD)	19	76%	2	8%	21	42%
	Não respondeu	3	12%	5	20%	8	16%
Quantidade de informação recebida	Pouca	6	24%	4	16%	10	20%
	Alguma	17	68%	16	64%	33	66%
	Muita	2	8%	4	16%	6	12%
	Não respondeu	-	-	1	4%	1	2%
Satisfação com a informação recebida	Pouco satisfeito	2	8%	4	16%	6	12%
	Satisfeito	20	80%	18	72%	38	76%
	Muito satisfeito	3	12%	2	8%	5	10%
	Não respondeu	-	-	1	4%	1	2%
Recepção de informação escrita	Nunca	25	100%	25	100%	50	100%
	Por vezes	-	-	-	-	-	-
	Muitas vezes	-	-	-	-	-	-
Encaminhamento para outros serviços	Sim	1	4%	1	4%	2	4%
	Não	24	96%	24	96%	48	96%
Esclarecimento de dúvidas relacionadas com a(s) doença(s) crónica(s)*	Informação escrita	-	-	-	-	-	-
	Amigo	2	8%	1	4%	3	6%
	Cônjuge/companheiro	1	4%	5	20%	6	12%
	Enfermeiro	12	48%	2	8%	14	28%
	Farmacêutico	-	-	1	4%	1	2%

	Médico	7	28%	8	32%	15	30%
	Instituição (LI ou SAD)	4	16%	2	8%	6	12%
	Membro da família	3	12%	14	56%	17	34%
	Vizinho	1	4%	1	4%	2	4%
	Ninguém	3	12%	1	4%	4	8%

* Estas questões permitiam seleccionar mais do que uma opção de resposta.

3. Áreas da promoção da saúde da pessoa idosa

Nesta secção analisam-se os resultados relativos às áreas da promoção da saúde da pessoa idosa abordados no Questionário administrado: alimentação, actividade física, acidentes domésticos, sono e repouso, consumo de tabaco, consumo de álcool, vigilância de saúde/toma da medicação.

3.1. Alimentação

A maioria dos idosos participantes (88%) considera ter uma alimentação saudável, independentemente da resposta social (88% em LI e 88% em SAD); apenas 12%, tanto em LI como em SAD, respondeu que *não* (tabela 6). Em LI são apresentados alguns dos motivos para justificar a resposta negativa como: o *acesso limitado a alimentos* (4%), *dificuldades socioeconómicas* (4%), *falta de apetite* (4%), *problemas de mastigação* (4%); em SAD são apresentados os motivos: *falta de apetite* (4%) e *problemas na mastigação* (4%) (aqui semelhante a LI), e ainda *escolha errada de alimentos* (4%).

Relativamente ao conhecimento da “Roda dos Alimentos”, constata-se que quase todos os participantes (92%) *não* conhecem esta representação gráfica (92% em LI e 92% em SAD); apenas 8% responde “*mais ou menos*” (8% também em ambas respostas sociais).

O grupo dos alimentos que os idosos participantes referem consumir em maior quantidade no seu dia-a-dia é *carne, pescado e ovos* (88%), alimentos preferidos em ambas as respostas sociais (92% em LI e 84% em SAD). No caso do LI, segue-se o grupo das *leguminosas* (52%), *cereais e derivados* com 44%, a *fruta* (36%), os *lacticínios* (24%) e os produtos *hortícolas* (8%); nenhum idoso de LI seleccionou a opção *gorduras e óleos*. Em SAD, segue-se o grupo dos *lacticínios* (48%), *cereais e derivados* (40%), *fruta* e *leguminosas* (ambos grupos com 36%), *hortícolas* (12%) e *gorduras e óleos* (8%).

Metade dos participantes refere fazer, em média, 4 refeições/dia, porém, os resultados divergem entre as respostas sociais, verificando-se que os idosos de LI fazem maior número de refeições/dia: em LI, a maioria (52%) faz 5 refeições/dia e 36% 4 refeições/dia, enquanto no SAD, a maioria (64%) faz 4 refeições/dia e 28% 3 refeições/dia.

Quanto à confecção das refeições, nenhum dos participantes as elabora. Em LI, todas as refeições são confeccionadas pela *instituição*. No caso do SAD, as refeições de 19 idosos (76%) são também confeccionadas pela *instituição*; 3 idosos (12%) têm as refeições confeccionadas por um *membro da família* e igual número pela *instituição* e *membro da família*.

Relativamente à ingestão de líquidos, a maioria dos participantes bebe menos de 1l de líquidos por dia (66%): sendo que 38% bebe *entre 0,5l a 1l*; 24% bebe *entre 0,2l a 0,4l* e 4% *menos de 0,2l*. A mesma situação é evidente na análise das respostas de LI (76%) e de SAD (56%), constatando-se que os idosos de LI são os que bebem em menor quantidade: apenas 24% de LI respondeu beber *1l ou mais*, enquanto no SAD a percentagem sobe para 40%.

Quanto à questão colocada sobre a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde sobre a necessidade de se ter uma alimentação saudável, as respostas dos idosos participantes no global centram-se nas opções *nunca* (46%) e *por vezes* (42%); No caso do SAD, verifica-se, porém, que uma percentagem de 20% responde *muitas vezes* (em LI apenas 4%).

Tabela 6 - Caracterização dos hábitos alimentares da pessoa idosa

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Prática alimentação saudável	Sim	22	88%	22	88%	44	88%
	Não	3	12%	3	12%	6	12%
Motivos apontados para seguir uma alimentação saudável*	Acesso limitado a alimentos	1	4%	-	-	1	2%
	Dificuldades socioeconómicas	1	4%	-	-	1	2%
	Escolhas erradas de alimentos	-	-	1	4%	1	2%
	Falta de apetite	1	4%	1	4%	2	4%
	Problemas na mastigação	1	4%	1	4%	2	4%
	Outra(s)	1	4%	-	-	1	2%
Conhecimento da Roda dos Alimentos	Sim	-	-	-	-	-	-
	"Mais ou menos"	2	8%	2	8%	4	8%
	Não	23	92%	23	92%	46	92%
Grupos de alimentos que come em maior quantidade no dia-a-dia*	Cereais e derivados	11	44%	10	40%	21	42%
	Hortícolas	2	8%	3	12%	5	10%
	Fruta	9	36%	9	36%	18	36%
	Lactínios	6	24%	12	48%	18	36%
	Carne, pescado e ovos	23	92%	21	84%	44	88%
	Leguminosas	13	52%	9	36%	22	44%
	Gorduras e óleos	-	-	2	8%	2	4%
Número de refeições por dia	< 3	-	-	-	-	-	-
	3	2	8%	7	28%	9	18%
	4	9	36%	16	64%	25	50%
	5	13	52%	2	8%	15	30%
	6	1	4%	-	-	1	2%
	> 6	-	-	-	-	-	-
Refeições confeccionadas pelo idoso	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não	25	100%	25	100%	50	100%
Apoio na confecção das refeições*	Membro da família	-	-	3	12%	3	6%
	Instituição (LI ou SAD)	25	100%	19	76%	44	88%
	Instituição e Membro da família	-	-	3	12%	3	6%
Quantidade de	< 0,2l (= menos de 1 copo)	1	4%	1	4%	2	4%

líquidos ingeridos (chá, leite ou sumo) por dia	Entre 0,2l a 0,4l (= 1 a 2 copos)	9	36%	3	12%	12	24%
	Entre 0,5l a 1l	9	36%	10	40%	19	38%
	1l	3	12%	6	24%	9	18%
	1,5l	1	4%	1	4%	2	4%
	Mais de 1,5l	2	8%	3	12%	5	10%
	Não respondeu	-	-	1	4%	1	2%
Informação fornecida pelos profissionais de saúde sobre a alimentação	Nunca	11	44%	12	48%	23	46%
	Por vezes	13	52%	8	32%	21	42%
	Muitas vezes	1	4%	5	20%	6	12%

* Estas questões permitiam seleccionar mais do que uma opção de resposta.

Na questão se as doença(s) crónica(s) implicou/implicaram alguma(s) alteração(s) nos seus hábitos alimentares, a maioria dos participantes (62%) responde negativamente (60% em LI e 64% em SAD) (tabela 7). Os idosos que respondem afirmativamente (34% no total; 32% em LI e 36% em SAD), apontam como principais alterações: a *dieta específica* (12% em LI e 28% em SAD), o *número de refeições por dia* (8% em LI e 4% em SAD), e a *diminuição e/ou suspensão de alimentos específicos* (16% em LI e 8% em SAD). Dos idosos que alteraram os seus hábitos alimentares, 16% considera que as alterações contribuíram para melhorar a sua saúde (16% em LI e 16% em SAD) e 18% consideram que *não* (16% em LI e 20% em SAD).

Tabela 7 - Implicações da(s) doença(s) crónica(s) nos hábitos alimentares

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Alteração na alimentação devido à(s) doença(s) crónica(s)	Não	15	60%	16	64%	31	62%
	Sim	8	32%	9	36%	17	34%
	Não respondeu	2	8%	-	-	2	4%
Principais alterações devido à(s) doença(s) crónica(s)*	Dieta específica	3	12%	7	28%	10	20%
	Número de refeições por dia	2	8%	1	4%	3	8%
	Diminuição e/ou suspensão de alimentos específicos	4	16%	2	8%	6	12%
Contribuição das alterações para a melhoria da saúde	Sim	4	16%	4	16%	8	16%
	Não	4	16%	5	20%	9	18%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

Na questão referente aos cuidados de higiene a ter com a boca, a opção efectua a sua higiene *1 vez ao dia* foi a que obteve maior percentagem de resposta no total da amostra (46%) e em cada uma das respostas sociais (52% em LI e 40% em SAD) (tabela 8). No LI, segue-se a opção da higiene efectuada *3 ou mais vezes ao dia* (28%), 12% efectuam-na *2 vezes ao dia* e é de salientar que 8% destes participantes *nunca* efectuam a higiene bucal. Em SAD segue-se a opção efectuam a higiene bucal *2 vezes ao dia* (20%), efectuam a higiene *3 ou mais vezes ao dia* (16%), e com os mesmos 12% situam-se os que adoptam *outra periodicidade* e os que *nunca* a fazem.

Tabela 8 - Periodicidade dos cuidados de higiene bucal

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Periodicidade dos cuidados de higiene com a boca	Diariamente (≥ 3xdia)	7	28%	4	16%	11	22%
	Diariamente (2xdia)	3	12%	5	20%	8	16%
	Diariamente (1xdia)	13	52%	10	40%	23	46%
	Outra periodicidade	-	-	3	12%	3	6%
	Nunca	2	8%	3	12%	5	10%

3.2. Actividade física

Quanto à actividade física, a maior parte dos participantes idosos no global (58%) refere praticar algum tipo de actividade física destacando-se as *caminhadas* (50%) e a *ginástica* (32%) (tabela 9). Na análise por resposta social, verificam-se algumas diferenças: em LI, também se destacam as *caminhadas* (64%) e a *ginástica* (48%) como o tipo mais comum de prática de actividade física, sendo que a maioria pratica *diariamente* (56%); no caso do SAD, a percentagem que refere praticar algum tipo de actividade física é menor (44%), contudo, novamente, as *caminhadas* (36%) e a *ginástica* (16%) são as actividades predominantes, sendo também praticadas *diariamente* (40%).

Relativamente aos motivos apontados pelos idosos que não praticam actividade física (42% no total; 28% em LI e 56% em SAD), a(s) *doença(s)* são a principal razão apontada (12% em LI e 40% em SAD), seguindo-se a *falta de motivação* (4% em LI e 12% em SAD).

Quanto à informação dada pelos profissionais de saúde sobre a prática de exercício físico, no global, metade dos idosos (50%) refere que *nunca* os costumam informar sobre a necessidade de praticar exercício físico, sendo esta percentagem ligeiramente superior em LI (56%); 38% dos idosos, no global, refere *por vezes* (sendo 32% em LI e 44% em SAD) e apenas 10% refere *muitas vezes* (12% em LI e 8% em SAD).

Relativamente à forma como os idosos ocupam/utilizam o seu tempo, a actividade enumerada com maior percentagem é *ver televisão* (46%), seguindo-se a(s) *actividade(s) física(s)* com 38%, *realizar actividades domésticas* (24%) e *conversar com os amigos/vizinhos* (22%). É de salientar que uma percentagem elevada responde “*não faz nada*” (28%). Em LI, a(s) *actividade(s) física(s)* é a que aparece com maior percentagem (48%), seguindo-se *ver televisão* e “*não faz nada*” com igual percentagem (36% cada), *ouvir rádio/música* (24%) e *realizar trabalhos manuais* (20%). No caso do SAD, mais de metade dos idosos refere *ver televisão* (56%) e cerca de metade indica *realizar actividades domésticas* (48%), seguindo-se *actividade(s) física(s)* e *conversar com os amigos/vizinhos* com igual percentagem (28% cada) e ainda uma percentagem significativa refere “*não faz nada*” (20%).

Tabela 9 - Caracterização da actividade física da pessoa idosa: actividades desenvolvidas, tipos, frequência, motivos para não praticar e informação recebida pelos profissionais de saúde

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Prática de actividade física	Sim	18	72%	11	44%	29	58%
	Não	7	28%	14	56%	21	42%
Tipos de actividade física*	Bicicleta	-	-	2	8%	2	4%
	Caminhadas	16	64%	9	36%	25	50%
	Ginástica	12	48%	4	16%	16	32%
	Piscina	-	-	1	8%	1	2%
Frequência da actividade física	Diariamente	14	56%	10	40%	24	48%
	5xsemana	1	4%	-	-	1	2%
	2 a 3xsemana	3	12%	1	4%	4	8%
Motivos para não praticar actividade física*	Idade	-	-	1	4%	1	2%
	Doença(s)	3	12%	10	40%	13	26%
	Falta de companhia	1	4%	1	4%	2	4%
	Falta de motivação	1	4%	3	12%	4	8%
	Outro(s)	2	8%	-	-	2	4%
Informação fornecida pelos profissionais de saúde sobre a prática de actividade física	Nunca	14	56%	11	44%	25	50%
	Por vezes	8	32%	11	44%	19	38%
	Muitas vezes	3	12%	2	8%	5	10%
	Não respondeu	-	-	1	4%	1	2%
Actividades desenvolvidas*	“Não faz nada”	9	36%	5	20%	14	28%
	Actividades(s) física(s)	12	48%	7	28%	19	38%
	Conversar com os amigos/vizinhos	4	16%	7	28%	11	22%
	Dançar	-	-	-	-	-	-
	Fazer recados	1	4%	-	-	1	2%
	Jogos (cartas, dominó, ...)	1	4%	2	8%	3	6%
	Leitura de revistas, livros e jornais	4	16%	3	12%	7	14%
	Ouvir rádio/música	6	24%	1	4%	7	14%
	Realizar actividades domésticas	-	-	12	48%	12	24%
	Realizar trabalhos manuais	5	20%	2	8%	7	14%
	Tomar conta de crianças	-	-	-	-	-	-
	Ver televisão	9	36%	14	56%	23	46%
	Outro(s)	4	16%	3	12%	7	14%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

3.3. Sono e repouso

Em relação ao número médio de horas que costuma dormir durante as 24h, os resultados da amostra no global repartem-se pelas diferentes opções de resposta (tabela 10): 32% responde *mais ou menos 6 horas* (28% em LI e 36% em SAD); 24% *5 ou menos horas* (28% em LI e 20% em SAD); 16% *mais ou menos 7 horas* (8% em LI e 24% em SAD); 16% *8 ou mais horas* (20% em LI e 12% em SAD); e 12% *mais ou menos 8 horas* (16% em LI e 8% em SAD).

Quando questionados se apresentam problemas de sono, no global, a maioria dos idosos refere ter problemas de sono (38% *muitas vezes* e 28% *por vezes*), mais evidente no caso do SAD (36% *muitas vezes* e 36% *por vezes*, enquanto no LI 40% *muitas vezes* e 20% *por vezes*). Em ambas as respostas sociais, os principais problemas de sono indicados são: *difficuldade em adormecer*

(12% em LI e 64% em SAD) e *acordar várias vezes durante a noite/dificuldade em reiniciar o sono* (40% em LI e 40% em SAD), constatando-se que a maior parte destes idosos refere *não* ter sido informado pelos profissionais de saúde sobre como melhorar a qualidade de sono (48% em LI e 52% em SAD).

Quanto à toma de medicação para dormir, no global, a maioria dos idosos refere *nunca* tomar medicação para dormir (64% em LI e 64% em SAD), contrapondo com 32% dos idosos que referem tomar *muitas vezes* (36% em LI e 28% em SAD). Salienta-se aqui o facto de que é uma minoria que toma *por vezes* (4%), o que é indicativo de que tomam regularmente ou então não tomam.

O hábito de efectuar períodos de repouso durante o dia é praticado por metade dos idosos da amostra global (28% *muitas vezes* e 22% *por vezes*). Os que não têm esse hábito são também 50% da amostra total que referem *nunca* fazer uma sesta/repousar durante o dia, e aqui na sua maioria pertencentes a LI (60%). Em SAD, 60% costuma fazer uma sesta/repousar durante o dia (40% *por vezes* e 20% *muitas vezes*) e quanto à sua duração, oscila essencialmente entre *mais ou menos 1 hora* (28%) e *entre 1 a 2 horas* (16%). Em LI, apenas 40% dos idosos costuma fazer uma sesta/repousar durante o dia (24% *muitas vezes* e 16% *por vezes*) e quanto à sua duração, varia entre *mais ou menos 1 hora* (16%) e *entre 1 a 2 horas* (12%).

Quanto à informação prestada pelos profissionais de saúde sobre a necessidade de adopção de hábitos de sono e repouso saudáveis, em ambas as respostas sociais, a maioria dos idosos (76%) responde que os profissionais de saúde *nunca* costumam informar sobre a necessidade de se ter hábitos de sono saudáveis (80% em LI e 72% em SAD).

Tabela 10 – Caracterização dos hábitos de sono da pessoa idosa

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Número (médio) de horas de sono em 24H	≤ 5 horas	7	28%	5	20%	12	24%
	+/- 6horas	7	28%	9	36%	16	32%
	+/- 7horas	2	8%	6	24%	8	16%
	+/- 8horas	4	16%	2	8%	6	12%
	≥ 8 horas	5	20%	3	12%	8	16%
Problemas de sono	Nunca	10	40%	7	28%	17	34%
	Por vezes	5	20%	9	36%	14	28%
	Muitas vezes	10	40%	9	36%	19	38%
Motivos apontados para problemas de sono*	Dificuldade em adormecer	3	12%	16	64%	19	38%
	Acordar várias vezes durante a noite/dificuldade em reiniciar o sono	10	40%	10	40%	20	40%
	Menor duração do sono nocturno	2	8%	1	4%	3	6%
	Despertar pela manhã mais cedo do que o desejado	1	4%	1	4%	2	4%
	Outro(s)	2	8%	-	-	2	4%

Informação fornecida pelos profissionais de saúde	Sim	3	12%	5	20%	8	16%
	Não	12	48%	13	52%	25	50%
Toma de medicação para dormir	Nunca	16	64%	16	64%	32	64%
	Por vezes	-	-	2	8%	2	4%
	Muitas vezes	9	36%	7	28%	16	32%
Período de repouso durante o dia	Nunca	15	60%	10	40%	25	50%
	Por vezes	4	16%	10	40%	14	28%
	Muitas vezes	6	24%	5	20%	11	22%
Duração do período de repouso	≤ 15 minutos	1	4%	1	4%	2	4%
	+/- 30 minutos	1	4%	2	8%	3	6%
	+/- 1 hora	4	16%	7	28%	11	22%
	> 1 hora e ≤ 2 horas	3	12%	4	16%	7	14%
	≥ 2 horas	1	4%	1	4%	2	4%
Informação fornecida pelos profissionais de saúde sobre hábitos de sono saudáveis	Nunca	20	80%	18	72%	38	76%
	Por vezes	4	16%	4	16%	8	16%
	Muitas vezes	1	4%	3	12%	4	8%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

3.4. Acidentes domésticos

Mais de metade dos participantes da amostra total (58%) relata que *nunca* costuma ter acidentes em casa (68% em LI e 48% em SAD) (tabela 11). Em LI, mais de metade dos idosos (68%) também responde que *nunca* costuma ter acidentes e 32% *por vezes*, devido especialmente a *calçado não apropriado* (12%) e *pavimento escorregadio* (8%). Contudo, no caso do SAD, a maioria (52%) refere que costuma ter acidentes em casa (28% *por vezes* e 24% *muitas vezes*) seleccionando como principais motivos o *enfraquecimento dos ossos e dos músculos* (20%) e *factores do ambiente* (12%).

Na questão sobre se alguma vez teve aconselhamento/informação para evitar/prevenir acidentes domésticos, a maioria dos participantes em ambas as respostas sociais responde negativamente (72% em LI e 72% em SAD). Dos que respondem afirmativamente (28% em cada), na amostra de LI referem ter obtido esta informação através da *instituição* (20%) e através de um *amigo* (8%) e na amostra de SAD referem ter obtido esta informação através de um *profissional de saúde* (12%), da *instituição* (8%) e de um *membro da família* (8%).

Tabela 11 - Aspectos relacionadas com a ocorrência de acidentes domésticos

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Ocorrência de acidentes domésticos	Nunca	17	68%	12	48%	29	58%
	Por vezes	8	32%	7	28%	15	30%
	Muitas vezes	-	-	6	24%	6	12%
Motivos apontados para a ocorrência de acidentes domésticos*	Calçado não apropriado	3	12%	-	-	3	6%
	Enfraquecimento dos ossos e dos músculos	1	4%	5	20%	6	12%
	Factores do ambiente (tropeçar	-	-	3	12%	3	6%

	em tapetes, por exemplo)						
	Iluminação deficiente	1	4%	-	-	1	2%
	Inexistência de corrimão ou de barras de segurança, nomeadamente na banheira	-	-	-	4%	1	2%
	Pavimento escorregadio	2	8%	-	-	2	4%
	Problemas de locomoção	1	4%	1	4%	2	4%
	Uso de ajuda técnica	1	4%	1	4%	2	4%
	Visão e audição deficientes	-	-	1	4%	1	2%
	Outro(s)	-	-	1	4%	1	2%
Informação sobre a prevenção de acidentes domésticos	Sim	18	72%	18	72%	36	72%
	Não	7	28%	7	28%	14	28%
Obtenção de informação sobre a prevenção de acidentes domésticos*	Amigo	2	8%	-	-	2	4%
	Profissional de saúde	-	-	3	12%	3	6%
	Instituição (LI ou SAD)	5	20%	2	8%	7	14%
	Membro da família	-	-	2	8%	2	4%

* Estas questões permitiam seleccionar mais do que uma opção de resposta.

3.5. Consumo de tabaco

Verifica-se uma forte predominância de idosos que consideram que o tabaco é prejudicial à saúde, correspondendo a 92% da amostra total (tabela 12).

Na actualidade, apenas 6% *fuma*, ou seja, 3 idosos, 2 de LI e 1 de SAD. O de SAD fuma há 30 anos, cerca de 10 cigarros/dia. Dos 2 idosos de LI, um fuma há 50 anos e outro há 30 anos, ambos cerca de 6 cigarros/dia.

Dos 3 idosos que fumam, os 2 de LI referem ter conhecimento sobre as desvantagens de fumar e que *por vezes* costumam receber orientações pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar os seus hábitos tabágicos. O idoso de SAD relata *não* ter conhecimento sobre as desvantagens de fumar e *nunca* ter recebido orientações pelos profissionais de saúde.

Os 3 idosos afirmam que gostariam de abandonar o hábito de fumar.

Apesar da grande maioria dos idosos (94%) afirmar *nunca* fumar (92% em LI e 96% em SAD), destes, 18% já fumou (16% em LI e 20% em SAD), todos *cigarros*. Dos idosos que já fumaram, 10% fumou durante *15 ou menos anos* (8% em LI e 12% em SAD), 4% durante *mais ou menos 20 anos* (4% em ambas respostas sociais), 2% *mais ou menos 40 anos* (4% em LI) e 2% *mais ou menos 60 anos* (4% de SAD).

Relativamente à quantidade, 3 dos 9 idosos que fumaram, referem ter fumado *mais ou menos 10 cigarros/dia* (1 de LI e 2 de SAD); os outros 6 indicam quantidades diferentes, ainda que sejam os de SAD os que relatam maiores quantidades: 2 idosos de LI *entre 11 a 20 cigarros/dia*, 1 idoso de SAD *entre 20 a 29 cigarros/dia*, 1 idoso de SAD *entre 30 a 39 cigarros/dia*, 1 idoso de SAD *mais de 40 cigarros/dia* (1 idoso de LI não sabe quantificar).

Os motivos apresentados pelos idosos de LI para terem deixado de fumar são: *iniciativa própria* (12%) e *aconselhamento médico* (4%). Além da *iniciativa própria* (8%), os idosos de SAD também referem *aconselhamento médico* (4%), *aconselhamento familiar* (4%) e *problemas de saúde/tratamento* (4%).

Tabela 12 - Consumo de tabaco na actualidade e no passado: hábitos, tipos, quantidades e motivos para ter deixado os hábitos tabágicos

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Considera que o tabaco é prejudicial à saúde	Sim	23	92%	23	92%	46	92%
	Não	2	8%	2	8%	4	8%
Consumo de tabaco na actualidade							
Hábitos tabágicos	Nunca	23	92%	24	96%	47	94%
	Por vezes	1	4%	-	-	1	2%
	Muitas vezes	1	4%	1	4%	2	4%
Há quanto tempo	+/- 30 anos	1	4%	1	4%	2	4%
	+/- 50 anos	1	4%	-	-	1	2%
Tipos*	Cigarros	2	8%	1	4%	3	6%
Quantidades/dia	6 cigarros	2	8%	-	-	2	4%
	10 cigarros	-	-	1	4%	1	2%
Conhecimento sobre as desvantagens de fumar	Sim	2	8%	-	-	2	4%
	Não	-	-	1	4%	1	2%
Gostaria de abandonar o hábito de fumar	Sim	2	8%	1	4%	3	6%
	Não	-	-	-	-	-	-
Recebe informação pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar hábito tabágico	Nunca	-	-	1	4%	1	2%
	Por vezes	2	8%	-	-	2	4%
	Muitas vezes	-	-	-	-	-	-
Consumo de tabaco no passado							
Hábitos tabágicos	Não	19	76%	19	76%	38	76%
	Sim	4	16%	5	20%	9	18%
Durante quanto tempo	≤ 5 anos	2	8%	2	8%	4	8%
	≥ 10 e ≤ 15 anos	-	-	1	4%	1	2%
	+/- 20 anos	1	4%	1	4%	2	4%
	+/- 40 anos	1	4%	-	-	1	2%
	+/- 60 anos	-	-	1	4%	1	2%
Tipo*	Cigarros	4	16%	5	20%	9	18%
Quantidade/dia	+/- 10 cigarros/dia	1	4%	2	8%	3	6%
	Entre 11 a 20 cigarros/dia	2	8%	-	-	2	4%
	Entre 20 a 29 cigarros/dia	-	-	1	4%	1	2%
	Entre 30 a 39 cigarros/dia	-	-	1	4%	1	2%
	Mais de 40 cigarros/dia	-	-	1	4%	1	2%
	Não responde	1	4%	-	-	1	2%
Motivo(s) para ter deixado de fumar*	Aconselhamento médico	1	4%	1	4%	2	4%
	Aconselhamento familiar	-	-	1	4%	1	2%
	Iniciativa própria	3	12%	2	8%	5	10%
	Problemas de saúde/tratamento	-	-	1	4%	1	2%
	Factor económico	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-

* Estas questões permitiam seleccionar mais do que uma opção de resposta.

3.6. Consumo de álcool

A maioria dos participantes no global (52%) responde *nunca* beber bebidas alcoólicas, percentagem mais elevada em LI (60% em LI e 44% em SAD) (tabela 13). Quase metade dos participantes (48%) bebe bebidas alcoólicas (40% em LI e 56% em SAD), sendo o *vinho de mesa* o tipo de bebida mais consumido em ambas respostas sociais: 32% em LI e 44% em SAD. Em relação há quanto tempo bebem, 14% da amostra global bebe *entre 60 a 70 anos* (8% em LI e 20% em SAD), 12% *entre 50 a 60 anos* (4% em LI e 20% em SAD) e igual percentagem *há mais de 70 anos* (16% em LI e 8% em SAD); apenas 10% bebe *há menos de 50 anos* (12% de LI e 8% em SAD). Os idosos de LI bebem em menor quantidade (20% *menos de 0,2l* e 20% *entre 0,2l a 0,4l*) que os de SAD (24% *entre 0,2l a 0,4l*, 16% *entre 0,5l a 1l* e 16% *menos de 0,2l*).

Dos 24 idosos (48%) que bebem (40% em LI e 56% em SAD), quase todos os idosos referem ter conhecimento do risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas para a sua saúde (apenas 1 idosos de SAD refere *não* ter conhecimento), contudo, na questão se gostaria de abandonar o consumo de bebidas alcoólicas, a maior parte (44%) responde negativamente e apenas 4% dos idosos responde positivamente.

Em ambas respostas sociais, a maioria destes idosos (28% de LI e 32% de SAD) refere *nunca* ter recebido orientações pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar os seus hábitos alcoólicos, sendo os de SAD (24%) que, apesar disso, recebem mais orientações.

Dos idosos que respondem *nunca* beber bebidas alcoólicas na actualidade, 44% já consumiu bebidas alcoólicas no passado (52% em LI e 36% em SAD) e apenas 8% *nunca* consumiu bebidas alcoólicas (8% em LI e 8% em SAD). Dos que já consumiram bebidas alcoólicas, 4% da amostra global refere ter bebido durante *10 ou menos anos* (4% em LI e 4% em SAD), 12% *entre 10 a 30 anos* (16% em LI e 8% em SAD), 10% *entre 30 a 50 anos* (4% em LI e 16% em SAD) e 8% *há mais de 50 anos* (12% em LI e 4% em SAD); 10% *não responde*. O *vinho de mesa* é o tipo de bebida que a maioria destes idosos indica ter bebido no passado (32% em LI e 32% em SAD).

Na análise dos resultados verifica-se que os idosos de LI bebiam em maior quantidade. Em LI, 20% refere que bebia *entre 0,5l a 1l*, 16% *menos de 0,2l*, 12% *entre 0,2l a 0,4l* e 4% *1,5l*; No caso do SAD, 16% *entre 0,2l a 0,4l*, 12% *entre 0,5l a 1l* e 8% *menos de 0,2l*. O principal motivo apresentado para explicar o ter deixado de consumir bebidas alcoólicas é o *aconselhamento familiar* (32% em LI e 16% em SAD). Em LI, segue-se o *aconselhamento médico* (12%) e os *problemas de saúde/tratamento* (8%). Os mesmos motivos são referidos pelos idosos de SAD, mas por ordem inversa, ou seja, *problemas de saúde/tratamento* (12%) e *aconselhamento médico* (4%).

Tabela 13 - Consumo de bebidas alcoólicas na actualidade e no passado: hábitos, tipos, quantidades e motivos para ter deixado de as consumir

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Consumo de álcool na actualidade							
Consumo de bebidas alcoólicas	Nunca	15	60%	11	44%	26	52%
	Por vezes	5	20%	8	32%	13	26%
	Muitas vezes	5	20%	6	24%	11	22%
Há quanto tempo	≤ 40 anos	1	4%	1	4%	2	4%
	> 40 anos e ≤ 50 anos	2	8%	1	4%	3	6%
	> 50 anos e ≤ 60 anos	1	4%	5	20%	6	12%
	> 60 anos e ≤ 70 anos	2	8%	5	20%	7	14%
	> 70 anos	4	16%	2	8%	6	12%
Tipos de bebidas alcoólicas consumidas*	Cerveja	2	8%	2	8%	4	8%
	Vinho de mesa	8	32%	11	44%	19	38%
	Vinho do Porto	-	-	1	4%	1	2%
Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas/dia	Menos de 0,2l (= 1 copo)	5	20%	4	16%	9	18%
	De 0,2l a 0,4l (= 1 a 2 copos)	5	20%	6	24%	11	22%
	Entre 0,5l a 1l	-	-	4	16%	4	8%
Conhecimento dos riscos para a saúde	Sim	10	40%	13	52%	23	46%
	Não	-	-	1	4%	1	4%
Gosto em abandonar consumo	Sim	-	-	2	8%	2	4%
	Não	10	40%	12	48%	22	44%
Recebe informação pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar hábitos alcoólicos	Nunca	7	28%	8	32%	15	30%
	Por vezes	1	4%	4	16%	5	10%
	Muitas vezes	2	8%	2	8%	4	8%
Consumo de álcool no passado							
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	13	52%	9	36%	22	44%
	Não	2	8%	2	8%	4	8%
Durante quanto tempo	≤ 10 anos	1	4%	1	4%	2	4%
	> 10 anos e ≤ 30 anos	4	16%	2	8%	6	12%
	> 30 anos e ≤ 50 anos	1	4%	4	16%	5	10%
	> 50 anos	3	12%	1	4%	4	8%
	Não respondeu	4	16%	1	4%	5	10%
Tipos de bebidas alcoólicas consumidas*	Cerveja	3	12%	-	-	3	6%
	Vinho de mesa	8	32%	8	32%	16	32%
	Vinho do Porto	2	8%	1	4%	3	6%
Quantidade de bebidas alcoólicas consumidas/dia	Menos de 0,2l (= 1 copo)	4	16%	2	8%	6	12%
	De 0,2l a 0,4l (= 1 a 2 copos)	3	12%	4	16%	7	14%
	Entre 0,5l a 1l	5	20%	3	12%	8	16%
	1,5l	1	4%	-	-	1	2%
Motivo(s) para ter deixado de consumir bebidas alcoólicas*	Aconselhamento médico	3	12%	1	4%	4	8%
	Aconselhamento familiar	8	32%	4	16%	12	24%
	Iniciativa própria	-	-	-	-	-	-
	Problemas de saúde/tratamento	2	8%	3	12%	5	10%
	Factor económico	-	-	-	-	-	-
	Outro(s)	-	-	1	4%	1	2%

* Estas questões permitiam seleccionar mais do que uma opção de resposta.

3.7. Vigilância de saúde/toma da medicação

Medicação

No âmbito da toma da medicação, verifica-se que quase todos os participantes (96%) tomam medicação com regularidade (apenas 2 idosos de SAD *não* tomam) (tabela 14), sendo que cerca de metade dos idosos da amostra total (48%) conhece todos os medicamentos que toma (48% em LI e 48% em SAD). Dos idosos que tomam medicação todos os dias, a maioria (52%) toma *entre 5 a 9 comprimidos*, sendo a opção com maior percentagem de resposta tanto em LI como no SAD (40% em LI e 64% em SAD); 20% toma *menos de 5 comprimidos* (20% em LI e igual percentagem em SAD), 14% *entre 10 a 14 comprimidos* (20% em LI e 8% em SAD) e 4% *15 ou mais comprimidos* (4% em LI); 12% de LI *não responde* à questão.

A maioria dos idosos (84%) responde que foi informado pelos profissionais de saúde sobre a(s) acção(ões) do(s) medicamento(s) que tomam (50% responde *muitas vezes* e 34% *por vezes*). A percentagem que responde *muitas vezes* é superior em SAD (36% em LI e 64% em SAD), pelo contrário, a percentagem que responde *nunca* é inferior (16% em LI e 8% em SAD). Relativamente a informação sobre os eventuais efeitos secundários, a maioria (60%) relata que *não* costuma ser informado (em LI, 20% responde *sim* e igual percentagem *ocasionalmente*; em SAD, 32% responde *sim*).

A maioria dos participantes (82%) toma *sempre* os medicamentos de acordo com a prescrição médica (88% em LI e 76% em SAD) e 14% *por vezes* (12% em LI e 16% em SAD); de salientar que nenhum dos participantes selecciona a opção *nunca*.

Em relação à necessidade de ajuda na toma da medicação, a maioria dos participantes (66%) responde *nunca* necessitar, resultados superiores no caso do LI (84% em LI e 48% em SAD). Em LI, apenas 16% confirma necessitar de ajuda e aqui 12% refere *muitas vezes* e 4% *por vezes*, enquanto no SAD a percentagem é de 44% (32% *muitas vezes* e 12% *por vezes*).

Os idosos de LI (96%) *nunca* têm acidentes/problemas na toma da medicação, com excepção de um idoso que indica como principais motivos *alteração da dosagem prescrita* e *alteração do horário da toma*. Em SAD, verifica-se um número bastante mais elevado a responder que *por vezes* tem acidentes/problemas na toma da medicação (46%), a maior parte por *esquecimento de tomar a medicação* (32%).

A maioria dos participantes no global (82%), refere que quando tem consulta médica é feita a revisão da medicação (68% *muitas vezes*, sendo 60% em LI e 76% em SAD e 14% *por vezes*, sendo 12% em LI e 16% em SAD); apenas 14% responde *nunca*, todos eles idosos de LI (28%).

Tabela 14 - Toma de medicação: regularidade, conhecimento dos medicamentos e suas acções, cumprimento da prescrição médica, necessidade de ajuda, tipo de acidentes/problemas na medicação e revisão da medicação

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Toma medicação com regularidade	Sim	25	100%	23	92%	48	96%
	Não	-	-	2	8%	2	4%
Número de comprimidos/dia	< 5 comprimidos	5	20%	5	20%	10	20%
	Entre 5 a 9 comprimidos	10	40%	16	64%	26	52%
	Entre 10 a 14 comprimidos	5	20%	2	8%	7	14%
	≥ 15 comprimidos	2	8%	-	-	2	4%
	Não responde	3	12%	-	-	3	6%
	Não toma medicação	-	-	2	8%	2	4%
Conhece todos os medicamentos	Sim	12	48%	12	48%	24	48%
	Alguns	6	24%	6	24%	12	24%
	Não	7	28%	5	20%	12	24%
Foi informado pelos profissionais de saúde sobre a(s) acção(ões) do(s) medicamento(s)	Nunca	4	16%	2	8%	6	12%
	Por vezes	12	48%	5	20%	17	34%
	Muitas vezes	9	36%	16	64%	25	50%
Costuma ser informado sobre eventuais efeitos secundários dos medicamentos	Sim	5	20%	8	32%	13	26%
	Não	15	60%	15	60%	30	60%
	Ocasionalmente	5	20%	-	-	5	10%
Toma sempre os medicamentos de acordo com a prescrição médica	Nunca	-	-	-	-	-	-
	Por vezes	3	12%	4	16%	7	14%
	Sempre	22	88%	19	76%	41	82%
	Não toma medicamentos	-	-	2	8%	2	4%
Necessita de ajuda na toma da medicação	Nunca	21	84%	12	48%	33	66%
	Por vezes	1	4%	3	12%	4	8%
	Muitas vezes	3	12%	8	32%	11	22%
Costuma ter acidentes/problemas na toma da medicação	Nunca	24	96%	14	56%	38	76%
	Por vezes	-	-	9	46%	9	18%
	Muitas vezes	1	4%	-	-	1	2%
Tipo de acidentes/problemas na toma da medicação*	Alteração da dosagem prescrita	1	4%	-	-	1	2%
	Alteração do horário da toma	1	4%	1	4%	2	4%
	Esquecimento de tomar a medicação	-	-	8	32%	8	16%
Revisão da medicação quando tem consulta médica	Nunca	7	28%	-	-	7	14%
	Por vezes	3	12%	4	16%	7	14%
	Muitas vezes	15	60%	19	76%	34	68%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

Vigilância da saúde

A maioria dos idosos (94%) costuma fazer vigilância regular da saúde (tabela 15), sendo mais expresso nos idosos de LI (76% *muitas vezes* e 24% *por vezes* em LI e 52% *muitas vezes* e 36% *por vezes* em SAD); apenas 3 idosos de SAD *nunca* fazem vigilância regular de saúde.

Os idosos de LI (96%) costumam fazer a vigilância na *instituição*, enquanto os de SAD utilizam outros locais (36% no *centro de saúde*, 28% em *casa*, 16% na *instituição* e 8% na *farmácia*).

Tabela 15 - Vigilância de saúde: regularidade e locais

		LI (N=25)		SAD N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Costuma fazer vigilância regular da saúde	Nunca	-	-	3	12%	3	6%
	Por vezes	6	24%	9	36%	15	30%
	Muitas vezes	19	76%	13	52%	32	64%
Locais onde costuma fazer vigilância regular da saúde*	Casa	-	-	7	28%	7	14%
	Centro de Saúde	1	4%	9	36%	10	20%
	Farmácia	-	-	2	8%	2	4%
	Instituição (LI ou SAD)	24	96%	4	16%	28	56%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

A maioria dos idosos (86%) responde ter alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência, obtendo-se uma percentagem aproximada dos 100% no caso do SAD (96%) (tabela 16). A maioria dos idosos de SAD identifica o *membro da família* (76%) como o principal recurso. No caso de LI, a maioria indica a *instituição* (56%), ainda que alguns idosos também refiram *membro da família* (16%).

Tabela 16 - Ajuda à pessoa idosa em caso de doença ou urgência

		LI (N=25)		SAD (N=25)		Total (N=50)	
		N	%	N	%	N	%
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência	Não	6	24%	1	4%	7	14%
	Sim	19	76%	24	96%	43	86%
Identificação de quem o possa ajudar em caso de doença ou urgência*	Cônjuge/companheiro	1	4%	2	8%	3	6%
	Membro da família	4	16%	19	76%	23	46%
	Vizinho	-	-	1	4%	1	2%
	Amigo	-	-	1	4%	1	2%
	Instituição (LI ou SAD)	14	56%	1	4%	15	30%

* Esta questão permitia seleccionar mais do que uma opção de resposta.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à análise dos aspectos mais relevantes do estudo empírico, em termos de amostra total e por resposta social (LI e SAD). A discussão dos resultados tem como linha orientadora os objectivos gerais e específicos do mesmo e segue a mesma estrutura adoptada na apresentação dos resultados: avaliação da capacidade funcional, saúde da pessoa idosa e áreas da promoção da saúde da pessoa idosa (alimentação, actividade física, acidentes domésticos, sono e repouso, consumo de tabaco, consumo de álcool, vigilância de saúde/toma da medicação). No final do capítulo é também apresentada uma reflexão sobre as limitações do estudo.

1. Perfil da amostra

O envelhecimento é mais acentuado nas mulheres em consequência da maior esperança média de vida por parte destas devido ao fenómeno da sobremortalidade masculina: em Portugal, o índice de envelhecimento traduziu-se, em 2001, em 122 mulheres e 84 homens (INE, 2002), sendo que em 2009 existiam 1 107 741 mulheres com idade ≥ 65 anos e 793 412 homens com idade ≥ 65 anos (INE, 2009). Este processo de feminização do envelhecimento não se reflecte na amostra total deste estudo (46% dos participantes são do sexo feminino e 54% do sexo masculino). Tal situação poderá relacionar-se com o método utilizado na selecção da amostra e os critérios subjacentes, uma vez que, em Dezembro de 2010, a população total de LI (23 clientes do sexo feminino e 17 clientes do sexo masculino) e de SAD (22 clientes do sexo feminino e 18 clientes do sexo masculino) do CSPSPM indicava o contrário, ou seja, uma predominância do sexo feminino.

As idades dos idosos que compõem a amostra (74% da amostra global tem idade *superior ou igual aos 76 anos*) reflectem o fenómeno do envelhecimento da própria população idosa, ou seja, um aumento no índice de longevidade (aumento da relação de indivíduos com 75 ou mais anos no total de idosos), tal como o verificado nos Censos de 2001: a proporção da população com 75 e mais anos aumentou de 2,7% para 6,7% do total da população, entre 1960 e 2000, e a população com 85 e mais anos aumentou de 0,4% para 1,5%, no mesmo período (INE, 2002). Fernandes (2007) salienta que este fenómeno tem vindo a contribuir para o desenvolvimento de um comportamento mais activo na protecção da saúde sendo, entre outros, um dos factores explicativos para a sobrevivência dos indivíduos mais velhos.

Os dados existentes relativamente à caracterização da população idosa portuguesa que beneficia de apoio social reportam-se essencialmente aos casos de institucionalização. Na análise

da evolução das famílias institucionais e das convivências no período intercensitário 1991-2001, Gonçalves (2003) verificou que a maior parte da população idosa institucionalizada era *viúva*, seguindo-se os estados civis de *casado* e *solteiro*, respectivamente, situação também verificada na amostra de LI em estudo.

As habilitações dos participantes deste estudo são baixas, porém, ligeiramente superiores à média obtida no resultado do estudo sobre as gerações mais idosas, elaborado pelo INE em 1999: a população idosa portuguesa (grupo etário com 65 e mais anos) detinha, de um modo geral, baixos níveis de instrução: 55,1% não tinha qualquer nível de instrução e 37% possuía o nível 1 (INE, 2002). Neste estudo, a maioria dos participantes (78%) tem escolaridade formal *inferior ou igual à 4.ª classe* e 14% *não frequentou a escola*.

Tal como nos resultados do Inquérito ao Emprego de 2001, a maioria dos idosos que compõem esta amostra são *reformados* (INE, 2002). Possivelmente relacionado com esta condição e com os baixos valores que caracterizam muitas das reformas dos idosos, nomeadamente os que vivem em meio rural devido à maior parte ter exercido a sua actividade profissional na agricultura (os idosos são um dos grupos mais vulneráveis à pobreza), a maior parte dos participantes deste estudo caracterizam os seus rendimentos como *suficientes* (46%) ou *insuficientes* (40%), o que vai de encontro ao grau de insatisfação manifestado pela maioria dos idosos nos Censos de 2001 relativamente à sua situação financeira (INE, 2002).

O aumento na percentagem de famílias unipessoais verificado em Portugal (INE, 2002) reflecte-se nos resultados obtidos relativamente aos idosos de SAD, o que poderá explicar a maioria responder que *não* tem nenhum familiar a prestar-lhe cuidados. Porém, o facto de todos os idosos do estudo beneficiarem de apoio social formal (LI ou SAD), poderá ter enviesado as respostas (os idosos podem não ter contemplado a eventual disponibilidade e/ou vigilância prestada por algum familiar, não só por não partilharem a mesma residência, como também por não ser um “serviço” ou cuidado prestado directamente, como é a alimentação ou a higiene pessoal). A necessidade de recurso a um serviço de apoio formal está geralmente associada a um maior grau de dependência nas AVD's, o que poderá justificar o motivo porque praticamente todos os idosos respondem *não* cuidar de alguém.

2. Avaliação da capacidade funcional

O conceito de capacidade funcional abrange a capacidade do indivíduo manter competência, habilidade física e mental para uma vida independente e autónoma, ou seja, capacidade para a realização das AVD's (Frank, Santos, Assmann, Alves & Ferreira, 2007).

De acordo com a evidência empírica, o aumento progressivo das pessoas idosas, sobretudo as muito idosas, promove o aumento da incidência de situações de dependência, nomeadamente devido à redução da capacidade funcional (Araújo, Paúl & Martins, 2010; Nogueira et al., 2010; Silva & Oliveira, 2008), o que traduz a necessidade de a reconhecer como um componente essencial da saúde do idoso (Giacomin, 2008; Lobo & Pereira, 2007; Nogueira et al., 2010), constituindo-se actualmente como uma dimensão central na avaliação geriátrica e gerontológica (Araújo, Cabral & Sandoval, 2010; Frank et al., 2007; Vaz, 2009).

A incapacidade funcional além de ser prevalente com o aumento da idade e forte determinante de dependência, aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crónicas (Alencar, Aragão, Ferreira & Dantas, 2010), sendo também um dos factores de risco apontado na literatura para a institucionalização (Guedes, 2008; Lobo & Pereira, 2007; Quintela, 2007; Rosa, Silva, Freitas & Haag, 2009; Rossato & Rosa, 2009; Vaz, 2009; Vitorino & Silva, 2010). No estudo em análise, apesar da maioria dos participantes serem classificados como *independentes* ou com grau de *dependência ligeira*, verifica-se que o grau de independência é superior nos idosos de SAD, ou seja, os de LI são mais dependentes. Tendo em conta a ausência de dados relativos à avaliação da capacidade funcional dos idosos aquando a admissão em LI e o(s) motivo(s) de internamento, não é viável concluir que a diminuição da capacidade funcional tenha sido determinante para a institucionalização. Porém, alguns estudos no âmbito da avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados têm verificado que existem diferenças em relação à capacidade funcional de ambos, isto é, há um défice maior da capacidade funcional de idosos institucionalizados (Mincato & Freitas, 2007). A este respeito, Lobo (2006) salienta que apesar de muitas vezes os idosos serem institucionalizados com um nível de autonomia bastante elevado, as oportunidades que lhes são proporcionadas nestas instituições para terem uma vida mais activa são limitadas. Pelo contrário, Araújo et al. (2010) verificaram que idosos institucionalizados submetidos a um atendimento multiprofissional e incentivo diário na realização de suas AVD's eram mais independentes do que os não institucionalizados (provavelmente por falta de orientações adequadas para a melhoria da capacidade funcional nestes últimos). A institucionalização constitui-se, assim, como um recurso alternativo que proporciona aos idosos a satisfação das suas necessidades através de cuidados especializados. Como tal, independentemente da diminuição da capacidade funcional poder constituir uma das razões para a institucionalização, esta poderá também contribuir para o retardamento do aumento do grau de dependência, o que explicaria o facto da maioria dos idosos

de LI deste estudo que apresentam alguma incapacidade funcional, classificarem-se na categoria *dependência ligeira*.

3. A saúde da pessoa idosa

Avaliação antropométrica da pessoa idosa

A manutenção de um estado nutricional adequado é muito importante, pois, de um extremo encontra-se o baixo peso, que aumenta o risco de infecções e mortalidade, e do outro, o sobrepeso, que aumenta o risco de doenças crónicas como *HTA*, *Diabetes Mellitus* e *Hiperlipidemias* (Cavalcanti, Gonçalves, Asciutti & Cavalcanti, 2009; Félix & Souza, 2009), que constituem as três doenças mais prevalentes nos participantes deste estudo. Segundo Sampaio (2009), a obesidade por si só apresenta-se como um factor condicionante da mobilidade dos indivíduos, sendo que juntamente com todas as alterações do envelhecimento e patologias associadas, pode manifestar-se no agravamento do estado de saúde, na limitação da capacidade funcional e consequente na baixa de qualidade de vida do idoso. Neste estudo, os resultados obtidos no cálculo do IMC revelam que mais de metade dos idosos participantes têm *excesso de peso* e que 11 são *obesos* (todavia, a obesidade foi apenas referida por 2 idosos quando questionados acerca das suas doenças crónicas). Resultados semelhantes foram encontrados por Cavalcanti et al. (2009) num estudo cujo objectivo era avaliar a prevalência de doenças crónicas e o estado nutricional de um grupo de idosos e em que 46,2% dos idosos apresentaram sobrepeso e 40,2% obesidade. Não obstante, a prevalência de pré-obesidade está associada ao aumento da idade, sendo superior nos mais idosos (≥ 65 anos). É uma das doenças crónicas em expansão e constitui um dos principais factores de risco para as principais causas de morte em Portugal (doenças cardiovasculares e cancro) e conduzem a elevados custos sociais e financeiros (Ministério da Saúde/Alto Comissariado para a Saúde, 2010).

No entanto, alguns autores salientam que a diversidade de factores associados aos problemas nutricionais indica que a avaliação do estado nutricional de idosos depende, além da análise de dados antropométricos, da compreensão de aspectos gerais e também subjectivos da saúde (Mesas, Andrade, Cabrera & Bueno, 2010). Alguns destes aspectos serão discutidos ao longo deste capítulo (tipo de alimentação, prática de actividade física, entre outros), assim como a percepção actual que os idosos têm acerca da sua saúde.

Percepção da sua saúde e atitude habitual perante a sua saúde

Sampaio (2009) refere que a percepção subjectiva ou auto-avaliação da saúde descreve como uma pessoa percebe a sua própria saúde (Kanagae et al., 2006). Em Portugal, a percentagem de indivíduos inquiridos que classificaram o seu estado de saúde como sendo "Bom" ou "Muito bom" aumentou, entre 1999 e 2006. Este aumento foi verificado em todos os grupos etários, sendo mais relevante para os indivíduos dos 45 aos 54 anos e para os mais idosos (85 ou mais anos) (Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde, 2008). Na análise do presente estudo, os resultados obtidos remetem a utilização de categorias mais baixas por parte dos idosos para classificação da sua saúde: *regular* e *má*, respectivamente. A prevalência destas duas categorias foi também obtida num estudo realizado por Ferreira e Raposo (2006). Estes autores utilizaram um questionário EUROPEP (instrumento de medição da satisfação dos utilizadores da prática da medicina geral e familiar na Europa) numa amostra de 11.166 indivíduos que pertenciam a 358 Centros de Saúde de Portugal Continental, com uma média de idades de 56,49 anos. Mais de metade dos respondentes (55,3%) declarou ter uma percepção razoável do seu estado de saúde e 22,1% uma percepção má, sendo que os utentes mais velhos (idade superior ou igual a 45 anos) foram os que avaliaram essencialmente o seu estado de saúde como razoável ou mau.

A baixa escolaridade que caracteriza a amostra em estudo poderá ter influenciado os resultados obtidos. Segundo Fernandes (2007), a educação é também um dos factores que interfere na percepção subjectiva de saúde. O factor de autoconfiança e a capacidade de gestão da saúde derivados do conhecimento e da informação resultante de boas competências escolares, influênciam a forma como cada indivíduo considera e avalia a sua própria saúde.

Vários estudos têm explorado o valor preditivo da auto-avaliação da saúde para o início da incapacidade e os resultados indicam um maior risco de incapacidade subsequente em pessoas cuja auto-avaliação de saúde seja pior (Giacomin, 2008). No estudo em análise, os idosos de LI, apesar dos níveis superiores de dependência na avaliação da capacidade funcional, revelam uma percepção de saúde mais positiva do que os de SAD. Bowling et al. (2007 cit in Lima, Silva & Galhardoni, 2008) perante um estudo com resultados semelhantes concluíram que, entre outros factores, foram preditivos para a auto-avaliação positiva de saúde: i) possuir maior percepção de controlo sobre a vida, e, ainda, ii) maiores níveis de envolvimento social. Ou seja, mesmo em condições vulneráveis, existem factores protectores, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos. A institucionalização poderá, nalguns casos, constituir-se num factor protector extrínseco. Por exemplo, solidão e motivos de saúde (Almeida, 2008; Guedes, 2008; Vaz, 2009) são razões evocadas para justificar a opção de institucionalização. Almeida e Rodrigues (2008) confirmaram

esta situação aquando a realização de um estudo em que uma percentagem de 77,7 idosos indicou que a decisão da institucionalização assentou nestes dois motivos principais. Se a institucionalização se constituir como uma alternativa de resposta às necessidades subjacentes às duas razões apontadas, poderá ser um dos motivos para explicar uma percepção mais positiva da saúde por parte dos idosos de LI (a solidão poderá ser atenuada pelo convívio com os outros idosos residentes e pela participação nas actividades de animação, e os motivos de saúde pela maior vigilância por parte dos profissionais de saúde integrados nas instituições). Neste âmbito, Rocha (2007) acrescenta que a necessidade de apoio e a segurança promove sentimentos de satisfação e bem-estar, necessidades que geralmente se encontram minimamente satisfeitas nos idosos institucionalizados, uma vez que a satisfação destes idosos, encontra-se também correlacionada com o estado de saúde, controlo pessoal e actividades sociais (relações interpessoais). A percepção mais positiva da saúde por parte dos idosos de LI poderá explicar porque a maioria considera ser *moderadamente preocupado* em termos de atitude habitual perante a sua saúde; pelo contrário, a percepção mais negativa da saúde por parte dos idosos de SAD poderá fundamentar a percentagem elevada (44%) que responde *muito preocupado*. Todavia, Baixinho (2009) alerta que a entrega aos cuidados de outros (institucionalização) produz um elevado grau de desresponsabilização pelo seu processo de saúde e reabilitação, o que também pode justificar os idosos de LI serem menos preocupados.

Neste âmbito, Giacomini (2008) salienta a existência de controvérsias relativamente se a relação entre a capacidade funcional e a saúde auto-percebida permanece nas idades mais avançadas, uma vez que “os velhos muito velhos” podem estar menos inclinados a basear a avaliação de sua saúde no seu funcionamento físico e, em caso de declínio, atribuírem essa alteração como um fenómeno mais associado ao processo de envelhecimento e menos ao comprometimento da saúde (situação que poderá ter ocorrido no estudo em análise, tendo em conta a média de idades dos participantes).

Doença crónica

A frequência cada vez maior da multi-morbilidade no envelhecimento é salientada no Relatório Mundial de Saúde (Ministério da Saúde, 2008) pela particular relevância para a organização da prestação de serviços (no mundo industrializado, 25% de pessoas entre os 65-69 anos e 50% entre os 80-84 anos estão afectadas por duas ou mais doenças crónicas, em simultâneo). Os resultados do presente estudo enquadram-se neste paradigma, sendo a HTA a doença crónica mais prevalente nos idosos, tal como nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006 (INE/INSA, 2009) e do estudo planeado e promovido pela

Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação com o apoio da Nestlé (Poínhos et al., 2009) em que a HTA foi a doença mais prevalente e mais comum nas faixas etárias mais elevadas. Tal como o estudo de Cavalcanti et al. (2009), a prevalência da HTA e o IMC elevado que caracteriza a amostra em estudo sugere a influência de peso como factor de risco para a HTA, de acordo com o relatado na literatura. No Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, o apuramento das prevalências por idade de início da HTA revela uma frequência mais elevada de idade de início a partir dos 45-54 anos de idade (INE/INSA, 2009). Este resultado (e tendo em conta que a HTA foi a doença crónica mais prevalente) poderá explicar o facto da maioria dos idosos ter indicado que sofria de doença(s) crónica(s) *há mais de 10 anos*.

Semelhante aos resultados obtidos em outros estudos, a *Dislipidemia* é a segunda doença crónica mais prevalente neste estudo e a *Diabetes* a terceira (Cavalcanti et al., 2009). Contudo, relativamente à Diabetes, é importante contextualizá-la no panorama português, no qual se estima existir um número elevado de casos não diagnosticados (o que também pode acontecer no contexto desta amostra).

Os resultados do estudo apresentam a *Depressão* como a sexta doença crónica mais relatada pelos idosos. No entanto, tal como na Diabetes, calcula-se que a prevalência desta doença também esteja subestimada. Apesar da alta prevalência nas doenças clínicas gerais, alguns autores salientam que a Depressão não tem sido diagnosticada e tratada de maneira adequada, verificando-se que muitas vezes é confundida com a própria doença clínica geral, ou como consequência “normal” do envelhecimento (Stella et al., 2002 cit in Abade & Zama, 2009).

No último século, numerosos estudos têm demonstrado que a qualidade dos cuidados aos doentes crónicos depende directamente da capacidade dos doentes poderem gerir diariamente a sua doença (Correia, 2008). Como tal, o conhecimento do próprio significado de “doença crónica” e suas implicações tornam-se relevantes. No presente estudo, porém, verifica-se que o significado de “doença crónica” é desconhecido por quase metade dos idosos participantes, o que, mais uma vez, poderá estar relacionado com a baixa escolaridade que caracteriza a amostra.

Impacto da doença crónica

A cronicidade de doenças que outrora eram fatais apresenta novos desafios, tais como a adaptação da pessoa ao estado que essa patologia lhe imprime (Pinto, 2005). A tendência actual do número crescente de idosos portadores de doenças crónicas não devidamente controladas, pode originar sequelas e desencadear a incapacidade funcional e, consequentemente, gerar sentimentos de inutilidade, depressão e falta de motivação pela vida (Freitas & Haag, 2009), o que é congruente com os resultados deste estudo, tendo em conta a percentagem elevada de idosos

que indica o *psicológico* como um dos aspectos em que a(s) doença(s) crónicas teve/tiveram maior impacto. Oliveira, Pedrosa e Santos (2009) verificaram que o facto da doença ser uma constante na vida dos idosos e limitar bastante as suas actividades, deixava-os tristes. Os resultados do estudo realizado por estes autores apontaram para uma ideia compartilhada pelos idosos de que estão numa faixa etária em que mais adoecem, reconhecendo alguma morbilidade que altera e influencia na sua rotina diária. Os autores constataram ainda que o sentimento de tristeza estava relacionado com o sentimento de inutilidade resultante do surgimento das doenças, uma vez que tirava ao indivíduo a possibilidade de desenvolver as actividades relacionadas com o trabalho na agricultura (a maioria dos idosos que participa neste estudo também esteve ligado à agricultura).

O factor *económico* é também um dos aspectos mais prevalentes, o que poderá estar relacionado com o aumento de despesas geralmente associadas ao aparecimento e tratamento de doenças crónicas (tratamento farmacológico, sobretudo) e o baixo rendimento que caracteriza as reformas destes idosos.

Os aspectos *relacional e familiar* são também referenciados como aspectos da vida em que as doenças crónicas tiveram impacto, corroborando a literatura relativamente ao impacto da doença crónica não ocorrer apenas a nível individual, mas também familiar.

O facto de apenas uma minoria de LI identificar o aspecto *ambiental* poderá significar que a doença crónica não foi um factor decisivo para a opção de institucionalização (ou que mesmo tendo sido, não é interpretado como tal).

Cuidados de saúde

Segundo dados dos Censos de 2001 (INE, 2002), a especialidade médica utilizada com maior frequência foi a de “clínica geral, medicina geral e familiar”, com percentagens bastante distanciadas das outras especialidades. Neste âmbito, é importante salientar o carácter essencialmente público das consultas de clínica geral, sendo perceptível uma maior utilização de cuidados médicos deste sector por parte de indivíduos com menores rendimentos (Simões, Paquete & Araújo, 2008), nomeadamente os idosos devido ao valor reduzido das suas reformas (acresce ainda que para poderem beneficiar de uma consulta de especialidade médica no serviço público, é necessário que previamente recorram a uma consulta de clínica geral). Tendo por base estes resultados e o facto de todos os idosos terem Médico de Família, compreende-se porque no presente estudo apenas metade dos idosos da amostra total é seguido em consulta de especialidade, a maior parte no *sector público* (de 25 idosos, apenas 5 são seguidos no *sector privado*).

A frequência com que recorrem ao Médico de Família é muito variável, sendo que metade dos idosos recorre *uma ou mais vezes de 6 em 6 meses*. Esta frequência poderá estar relacionada com os motivos inerentes às consultas com o Médico de Família que, no caso dos idosos, muitas vezes, limita-se ao levantamento de receitas de medicação por uso continuado. Dependendo do tipo de medicação ou número de vias das receitas, a frequência com que recorrem a este profissional pode alternar, sendo uma possível explicação para a percentagem elevada que responde *não sei*. No caso do LI, poderá também estar relacionada com a presença assídua de Médico na Instituição, recurso que acaba por estar disponível e ser regular na rotina do idoso (possível motivo pelo qual estes idosos recorrem com mais frequência aos profissionais de saúde quando têm dúvidas relacionadas com as suas doenças). Faria e Rocha (2009) realizaram um estudo em que verificaram que de 116 Misericórdias de Portugal Continental, 4 não tinham assistência médica e que das 110 que tinham, 61% das instituições disponibilizavam assistência médica com periodicidade semanal dando preferência à modalidade de consultas regulares a todos os clientes, tal como na Instituição onde estão integrados os idosos de LI em estudo. Esta atitude pode ter um papel extremamente importante na prevenção de doenças, detectando precocemente sinais de alerta e evitando a sua evolução (Faria & Rocha, 2009) e, eventualmente, uma menor necessidade de recorrer a consultas de especialidade comparativamente aos idosos não institucionalizados, tal como o verificado neste estudo.

Informação recebida

“O processo de consulta acontece no contexto de um relacionamento entre o médico e o paciente” (Simões, 2009:197), sendo que a construção deste relacionamento depende da empatia (um elemento emocional) e da comunicação (um elemento intelectual) de ambas partes. Segundo Simões (2009), uma situação comum é o paciente não compreender a linguagem do médico, comprometendo a comunicação. Tendo em conta o baixo grau de escolaridade que caracteriza a amostra em estudo (possível motivo pelo qual todos os inquiridos responderam *nunca* receber informação escrita sobre as suas doenças) e a presença de eventuais dificuldades associadas ao normal processo de envelhecimento (dificuldades ao nível da audição e da visão, e.g.), compreende-se as classificações intermédias obtidas no estudo quando os idosos são questionados sobre o tipo de informação fornecida pelos profissionais de saúde (apenas uma minoria refere receber *muita* quantidade de informação e ficar *muito satisfeito*).

Outro aspecto importante relaciona-se com as imagens da velhice e do envelhecimento que os profissionais de saúde que trabalham com idosos têm acerca dos mesmos, podendo influenciar a forma como apoiam as pessoas idosas. Ribeiro e Sousa (2008) compilaram alguns exemplos de

como o *velhismo* (termo usado por estes autores para especificar a discriminação em relação aos mais velhos) se pode manifestar entre os médicos: i) submeter as pessoas idosas a tratamentos menos agressivos, sendo esta decisão tomada com base apenas na idade cronológica; ii) dedicar menos tempo ao diálogo com os pacientes idosos e desvalorizar as suas queixas, o que implica menor compreensão da situação clínica; iii) desencorajar a actividade física, acreditando que os idosos “merecem descanso”, apesar dos comprovados benefícios para pacientes de todas as idades; e iv) subvalorizar e sub-tratar a dor, considerando como algo próprio da velhice ou associando a comportamentos infantilizados dos idosos que se “queixam de tudo”. Estes autores realizaram um estudo exploratório para aprofundar o conhecimento das imagens da velhice e envelhecimento numa amostra de 240 profissionais que por norma estão envolvidos nos cuidados sociais e de saúde a pessoas idosas (60 eram médicos), verificando que os profissionais tendem a esperar que as pessoas idosas sejam: incompetentes, dependentes e imaturos. Contrapõe-se a opinião de Ribeiro (2008:15) ao salientar que *“perspectivar o processo de envelhecimento como um processo de desenvolvimento requer o reconhecimento da capacidade contínua de aprendizagem e de plasticidade, bem como da competência para enfrentar de modo otimizado as demandas do quotidiano”*, perspectiva fundamental no âmbito da promoção da saúde.

Por outro lado, é também importante contemplar quais as expectativas do doente face ao papel do médico ou da medicina e a importância e utilidade que vê na recepção de informação sobre as suas doenças. As expectativas dependem das suas crenças, da cultura, do ambiente social e económico em que vive, das políticas, das estratégias e da própria organização dos cuidados de saúde. Para o doente pode ser importante que o seu problema, doença, sintoma ou queixa sejam resolvidos, enquanto para o médico pode ser mais premente naquela consulta a realização de actividades preventivas (Santos & Ribeiro, 2009). Por conseguinte, Simões (2009) ressalva a importância do clínico procurar descobrir o que o paciente pensa, receia e compreende sobre a sua situação, e se certifique, antes do final da consulta, que ele compreendeu aquilo que lhe disse, quer sobre o problema, quer sobre o prognóstico e o tratamento. Os resultados obtidos no estudo realizado por Ferreira e Raposo (2006), estudo já referenciado, demonstram a importância que a comunicação, informação e apoio por parte do médico assumem para os utilizadores dos Centros de Saúde do Continente: os utilizadores revelaram estarem mais satisfeitos com a prestação do seu médico de família, em especial com a relação e a comunicação que conseguem manter (67,6%), assim como com a informação e apoio que recebem (59,5%) e a qualidade dos cuidados médicos prestados (59,3%).

A maioria dos idosos participantes refere que é *muitas vezes* acompanhado às consultas médicas. Apesar de alguns autores realçarem a família como sendo, na maioria das vezes, factor indispensável de suporte e colaboração no tratamento, nomeadamente como fonte de segurança e afecto para o idoso (Vianna, Vianna & Bezerra, 2010), o *membro da família* como acompanhante mais frequente é mais comum apenas no SAD, o que também pode explicar o motivo pelo qual estes idosos recorrem com mais frequência aos *familiares* quando têm dúvidas relacionadas com as suas doenças. No caso do LI, as próprias razões apontadas pela literatura para a institucionalização, como por exemplo, a inexistência de família (Guedes, 2008; Quintela, 2007; Vitorino & Silva, 2010) e o facto destes locais disponibilizarem cuidados médicos, contextualizam o motivo porque é própria *Instituição* que acompanha geralmente os idosos de LI.

4. Áreas da promoção da saúde da pessoa idosa

Temas abordados pelos profissionais

A existência de uma doença crónica inclui responsabilidade no próprio tratamento e implica mudança de hábitos e comportamentos (Oliveira, 2008). Segundo Hespanhol, Couto, Martins e Viana (2009:244), *“na consulta diária de Medicina Geral e Familiar, a abordagem de prevenção primária engloba, não só, o incentivo do exercício físico regular, mas, também, o aconselhamento de uma alimentação equilibrada, bem como o estímulo a moderar o consumo de álcool e a desincentivar o tabagismo”*. No estudo em análise, a maioria dos idosos refere que os profissionais de saúde *nunca* costumam abordar as áreas de promoção da saúde: alimentação, actividade física, sono e repouso, acidentes domésticos, vigilância da saúde/toma de medicação, consumo de álcool e consumo de tabaco (neste último, 2 dos 3 idosos que fumam referem que, *por vezes*, o tema é abordado). Se por um lado, tal pode acontecer devido ao perfil dos próprios profissionais de saúde (muitos serviços de saúde em Portugal ainda funcionam sob o modelo biomédico, centrado na doença, ignorando grande parte dos hábitos, comportamentos e sentimentos das pessoas, nomeadamente devido a grande parte da formação na área da saúde ser baseada neste modelo), por outro lado, é expectativa da própria população conseguir tratamentos que tratem e curem e não a mudança de comportamentos e estilos de vida. Por exemplo, relativamente à alimentação, no Livro Verde “Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005) é defendido que os doentes podiam ser encorajados a mudar quanto aos benefícios de regimes alimentares ideais e do aumento da actividade física, se os profissionais da saúde os incluíssem nos contactos de

rotina como alguns conselhos práticos aos doentes e familiares. Contudo, no estudo em análise, apenas 6 idosos respondem que os profissionais de saúde costumam *muitas vezes* informar sobre a necessidade de se ter uma alimentação saudável.

4.1. Alimentação

O grande desafio da restauração direccionada aos idosos institucionalizados ou apoiados em domicílio consiste em servir uma alimentação saudável, respeitando as necessidades nutricionais da faixa etária a que se dirige, com qualidade e segurança, e, sempre que possível, tendo em atenção preferências, condicionantes patológicas, crenças, hábitos e expectativas do idoso (Rocha, 2007). Esta nova visão atenua o modelo ainda prevalente, e na maioria das vezes, o praticado, relativamente à rotina alimentar do quotidiano dos idosos institucionalizados, nomeadamente as comidas serem impostas, os horários delimitados, as quantidades de comida serem controladas e a eliminação de qualquer factor surpresa à vida desses idosos (não há flexibilidade de horários, satisfação a pequenos desejos ou possibilidades de novos sabores) (Oliveira, Veras & Prado, 2010). O serviço de alimentação do SAD, em particular, assume também importante papel, não só do ponto de vista nutricional, mas também social e de promoção de convívio de idosos que muitas vezes vivem isolados, podendo ser também utilizado para permitir a permanência dos idosos no seu domicílio por mais tempo (Candela & Fernandez, 2004 cit in Rocha, 2007). Assim, o *“campo da alimentação é rico em possibilidades de realização humana quando tomado como lugar em que se estabelecem relações entre seres humanos mediadas pelo alimento, pela comida”* (Menezes, Tavares, Santos, Targueta & Prado, 2010:269), o que poderá constituir um dos motivos para explicar o facto da maioria dos idosos que participam neste estudo, tanto de LI como de SAD, considerarem ter uma alimentação saudável (a sua noção de alimentação saudável parece não estar associada apenas à ingestão de nutrientes adequados, mas também ao contexto/humanização com que lhe é fornecida). A percepção de ter uma alimentação saudável será uma provável justificação porque a maioria refere *não* ter alterado os seus hábitos alimentares devidos à(s) sua(s) doença(s) crónica(s), ainda que seja pertinente não descurar a eventual ausência de conhecimento sobre o próprio conceito de alimentação saudável. De salientar que as alterações indicadas pelos idosos que tiveram de alterar os seus hábitos alimentares - *dieta específica e diminuição e/ou suspensão de alimentos específicos*, remetem para estratégias de educação alimentar.

As dificuldades económicas têm como consequência a diminuição do poder de compra e, como tal, a possibilidade de aquisição de alimentos nutritivos, em qualidade e quantidade, o que

diminui a variedade dos alimentos consumidos e que contribui para uma alimentação errada (DGS, 2004). Contudo, e apesar da maioria dos idosos caracterizar os seus rendimentos como *suficientes* ou *insuficientes*, dos 12% que consideram *não* ter uma alimentação saudável, apenas 1 idoso de LI aponta *dificuldades socioeconómicas* como uma das razões. Tal situação também poderá derivar do facto do CSPSPM assegurar a maioria das refeições dos participantes no estudo, incluindo os de SAD, sendo que o pagamento pela prestação deste serviço é calculado tendo por base os rendimentos dos idosos.

A Roda dos Alimentos, criada em 1977 por portugueses no âmbito de uma campanha de educação alimentar, é uma representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária. Actualmente é composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões: cereais e derivados, tubérculos (28%), hortícolas (23%), fruta (20%), lacticínios (18%), carnes, pescado e ovos (5%), leguminosas (4%) e gorduras e óleos (2%). Quase todos os idosos da amostra total (92%) revelam desconhecer esta representação gráfica. Contudo, é importante salientar que a mesma foi criada pós o período que frequentaram a escola, contexto onde a sua divulgação é privilegiada.

Os grupos alimentares que os idosos do presente estudo relatam comer em maior quantidade não correspondem ao recomendado pela *Nova Roda dos Alimentos*. Níveis de instrução inferiores (como é o caso da amostra em estudo) e possibilidades limitadas de acesso a informações importantes têm sido uma das justificações adiantadas para explicar a adopção de uma dieta menos saudável (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). Porém, Isabel, Pais-Ribeiro e Cardoso (2008) salientam que pode tratar-se de uma explicação insuficiente, uma vez que é necessário reconhecer a existência de outros factores motivadores quando se pensa em estratégias de promoção da saúde através da adopção de estilos de alimentação saudáveis: i) factores individuais (psicológicos, implicando aspectos motivacionais, como os relacionados com os sentidos – o sabor, o hábito, controlo do peso, preocupações éticas, *stress*, entre outros) e ii) factores colectivos (sociais e culturais, incluindo aspectos como a produção dos alimentos, *marketing*, entregas e vendas) (Crossley & Khan, 2001 cit in Isabel et al., 2008). Além disso, é importante salientar que a confecção das refeições da maioria dos idosos participantes no estudo é assegurada pela Instituição e a elaboração das ementas por um Nutricionista. Partindo deste pressuposto e de que a maioria dos idosos considera ter uma alimentação saudável mas, contudo, apresentar *excesso de peso*, a hipótese dos idosos comerem fora das refeições outros alimentos poderá ser uma das explicações, uma vez que a maioria é *independente* para se alimentar. Por outro lado, a elaboração das ementas por um Nutricionista por si só não garante uma confecção

e/ou empratamento adequados, por exemplo. Faria e Rocha (2009) a este respeito salientam a necessidade dos colaboradores das instituições terem formação em conhecimentos no âmbito de saúde e nutrição do idoso, dado a importância de conhecer as recomendações e estratégias de análise para serem capazes de alertar os técnicos responsáveis dos sinais de risco nutricional.

Em Portugal, tal como o evidenciado nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, ainda predomina o hábito de fazer apenas três refeições principais (em 2005, 92,4% fazia apenas estas três refeições) (INE/INSA, 2009). Os resultados deste estudo demonstram uma média superior, ou seja, *4 refeições/dia*, sendo os idosos de LI os que fazem um maior número de refeições, o que poderá ser influenciado pela rotina que caracteriza este tipo de instituições e a existência de um maior controlo sobre o número de refeições efectuadas pelos idosos.

A desidratação é um problema comum na população idosa, particularmente em idades superiores a 85 anos e em indivíduos institucionalizados (Faria & Rocha, 2009). Na *Nova Roda dos Alimentos*, a água, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos. Como tal, sendo a água imprescindível à vida, é fundamental que se beba em abundância diariamente (as necessidades de água podem variar entre 1,5l e 3 l por dia). A maioria dos idosos do presente estudo referem beber *menos de 1l de líquidos* por dia, sendo os de LI os que bebem em menor quantidade. Faria e Rocha (2009) questionaram os métodos de verificação da ingestão de líquidos em instituições. No estudo realizado com 116 Misericórdias de Portugal Continental, os autores verificaram que 97% das instituições afirmaram que efectuavam habitualmente a verificação da ingestão de líquidos, sendo realizada: às refeições (16%); no intervalo das mesmas (10%); ou em ambas as situações (74%). Contudo, também verificaram que muitas vezes as estratégias usadas para essas verificações não eram as mais adequadas, tendo concluído que quanto maior a autonomia do idoso institucionalizado, mais difícil é o controlo da ingestão de líquidos. Por exemplo, i) o idoso autónomo pode eventualmente sair da instituição, o que não permite que se controle a ingestão no exterior e ii) o idoso pode não ter noção da importância da hidratação, situação agravada pela ausência da sensação de sede (Faria & Rocha, 2009).

Os problemas associados à dentição incompleta e à ausência ou inadaptação de próteses dentárias assumem particular importância pelo facto das alterações da cavidade oral poderem afectar o estado nutricional do idoso, uma vez que a ausência parcial ou total de dentes, dentes cariados ou uso de próteses desajustadas, compromete a mastigação (75% a 85% menos) em relação a uma pessoa com uma dentição saudável (Silva, 2009). A cárie dentária está relacionada com a falta de dentes e a progressão das doenças periodontais, sendo a placa bacteriana um

factor causal comum. A placa bacteriana é uma massa formada essencialmente por bactérias, constituintes da saliva e restos alimentares, estando a sua remoção dependente de práticas adequadas de higiene oral, como a escovagem dos dentes e a limpeza interdentária, pelo menos duas vezes por dia (DGS, 2004). A halitose, a insuficiente higiene das próteses, dentes e outras estruturas orais e os problemas nas gengivas são alguns dos problemas decorrentes de práticas de higiene bucal deficientes muito comuns no período da velhice (Cardos & Bujes, 2010). Jitomirski (2000) comenta que a qualidade da saúde bucal no envelhecimento depende essencialmente dos aspectos preventivos e de manutenção (Wentz & Portella, 2008). Quase metade dos idosos que compõem a amostra deste estudo faz a higiene bucal diariamente, mas apenas *uma vez ao dia*. De acordo com Cardos e Bujes (2010), com o envelhecimento, há um declínio do nível de higiene oral, muitas vezes devido à diminuição da capacidade motora associado à ausência de apoio ou à sua recusa, baixa auto-estima e falta de estímulo para a realização de cuidados orais. Contudo, apesar dos idosos de LI estarem mais comprometidos em termos de capacidade funcional, são estes que efectuem a escovagem de dentes em maior número de vezes. Estes resultados poderão estar relacionados com facto de praticamente todos os dias estes idosos serem apoiados ao nível dos cuidados de higiene pessoal e a escovagem de dentes estar incluída na rotina destes cuidados e promovida pelos colaboradores que os apoiam.

4.2. Actividade física

Sampaio (2009:85) salienta que a *“actividade física deverá ser entendida não apenas como exercício realizado de forma codificada (por exemplo, ginástica de manutenção, musculação), mas acima de tudo como actividade física espontânea diária”*. No estudo realizado, são várias as actividades referidas pelos idosos como forma de ocupação/utilização do seu tempo, contudo, a prevalência difere conforme a resposta social onde os idosos estão integrados, com excepção da actividade *ver televisão* que foi a mais referenciada em ambas respostas, tal como o verificado nos resultados dos últimos Censos relativamente à actividade de lazer mais frequente nos idosos (INE, 2002).

A realização de *actividades domésticas* destaca-se como a segunda actividade mais prevalente no SAD, o que vai de encontro a outros estudos realizados. Por este motivo, as perspectivas dos autores dividem-se quanto aos níveis de actividade física entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Lobo (2006) salienta que quando os idosos vivem em comunidade mantêm-se responsáveis por algumas actividades domésticas, o que não acontece nas instituições e, como tal, mantêm-se mais activos por mais tempo e com um nível de actividade física superior aos

institucionalizados. Couto (2003), num estudo com idosos que frequentavam instituições em regime de internato, ou centro de dia, situados em concelhos da região Norte, também verificou que quem realizava menos actividades domésticas eram os sujeitos que residiam no Lar, enquanto os sujeitos que viviam sozinhos eram quem realizava mais actividades deste tipo. O autor realça, porém, o facto de que viver no Lar significa não fazer uma série de tarefas (ir às compras, arrumar a casa, tratar das roupas, lavar a loiça e limpar o chão, entre outros) que, se por um lado lhes retira esta forma de actividade física, por outro lado oferece tempo livre que pode ser ocupado com a prática de outras actividades, físicas, recreativas ou desportivas, tal como constatou no seu estudo (os residentes de Lar eram os que praticavam mais actividades desportivas) e como se verifica na análise dos resultados do presente estudo (*actividade(s) física(s)* é a actividade de ocupação que maior percentagem de resposta obtém no LI). No entanto, apesar do maior tempo livre proporcionado pela rotina de LI poder contribuir para a prática de outras actividades, também poderá justificar a percentagem elevada de idosos que responde “*não faz nada*” (saliente-se que, muitas vezes, as actividades desenvolvidas nas instituições são orientadas por profissionais, estando condicionadas ao seu horário de trabalho).

Apesar de serem os idosos de LI os que mais praticam algum tipo de actividade física, em ambas respostas sociais, as *caminhadas* são o tipo de actividade física mais comum. De acordo com Sampaio (2009:72), “*a caminhada pode corresponder a uma intervenção promotora da saúde isenta de custos*”, surgindo como uma das modalidades mais seguras numa faixa particularmente susceptível a patologias e as limitações funcionais, motivo pelo qual é uma das actividades recomendadas especialmente para as pessoas idosas (DGS, 2004). Com a prática da caminhada ocorrem inúmeros benefícios de ordem física, psicológica e social em idosos. Por exemplo, Sampaio (2009) verificou que a caminhada, como actividade física regular, é um elemento significativo para a promoção e manutenção da saúde permitindo uma percepção subjectiva da saúde mais elevada, em todas as suas dimensões, e proporcionando uma melhoria da qualidade de vida comparativamente aqueles sujeitos mais inactivos. Kobe, Magnusson e Teixeira (2008) salientam que a perda da capacidade de caminhar é uma limitação que pode prejudicar as interacções sociais e a realização das actividades quotidianas. Os autores recomendam a preservação da capacidade de caminhar como uma prioridade (objectivando a independência física e a autonomia do idoso), uma vez que além de ser uma característica motora do ser humano, constitui-se também numa das principais formas de interacção com o mundo.

Também em ambas respostas sociais, a *ginástica* é o segundo tipo de actividade mais comum, contudo, novamente, em menor percentagem no SAD. Antonini, Fesnterseifer e Stefanello (2008)

salientam a importância de programas de actividade física que visem melhorar, nomeadamente, o equilíbrio e as oportunidades para a mobilidade, e que se destinem a idosos institucionalizados e não institucionalizados, dado terem verificado uma certa convergência na carência em praticar exercício físico em ambas situações (confirmaram a existência de disfunções orgânicas semelhantes nos idosos institucionalizados e não institucionalizados).

A percepção que os idosos têm acerca da importância da actividade física como promotora de um envelhecimento saudável poderá ter influência na decisão de adesão. Freitas e Haag (2009), por exemplo, verificaram a predominância de um estilo de vida dinâmico e activo num estudo realizado junto de idosas, e em que estas também demonstraram estarem cientes da possibilidade de dependência física e o quanto iria interferir no seu convívio social e familiar, podendo originar a sensação de impotência.

Tendo por base a classificação proposta por Dishman e Sallis (1994, cit in Couto, 2003) no que concerne as barreiras de participação do idoso na actividade física (as pessoais, as ambientais e as relacionadas especificamente com o exercício), constata-se que os motivos referidos pelos idosos enquadram-se na esfera pessoal: *doenças e falta de motivação para a prática de actividade física*.

4.3. Sono e repouso

Em termos de duração, um adulto necessita de sete horas de sono, número que tende a diminuir com o processo de envelhecimento (Cunha, Zanetti & Hass, 2008). Mais de metade dos idosos da amostra total do estudo, refere dormir *menos de seis horas*, o que vai de encontro à literatura acerca do padrão normal de sono nos idosos ser mais curto e menos profundo do que nos adultos jovens (Reis, 2001).

A insónia (caracterizada por dificuldade em adormecer ou permanecer adormecido, com frequentes despertares durante a noite e/ou acordar precocemente pela manhã) como o mais prevalente dos transtornos do sono na velhice (Oliveira, Rossini & Reimão, 2009; Oliveira, Yassuda, Cupertino & Neri, 2010) é também o principal problema apresentado pelos idosos deste estudo (*dificuldade em adormecer e acordar várias vezes durante a noite/dificuldade em reeniciar o sono*). Porém, apesar de a insónia ser muitas vezes associada à institucionalização e existirem estudos realizados que constatarem existir maior índice de insónia nos idosos institucionalizados (Oliveira et al., 2009), no presente estudo verifica-se o oposto, sendo os idosos de SAD os que mais referem ter problemas de sono.

Além da presença de alguns tipos de doenças e factores sociais (a mudança de residência para instituições sociais ou para o domicílio dos filhos, e.g.), os problemas de sono nos idosos podem

também ser provocados por factores ambientais (o ruído, o barulho e a temperatura, por exemplo) e que também podem interferir na qualidade do sono (Reis, 2011). As instalações recentes onde estão integrados os idosos que compõem a amostra de LI em estudo, entre outros factores, podem justificar o maior controlo de alguns dos factores ambientais.

Nos idosos, as queixas de problemas de sono correspondem a mudanças no padrão do sono (consideradas normais no processo de envelhecimento) e ao aparecimento de problemas clínicos ou psiquiátricos que afectam o dormir (Geib et al., 2003; Wannmacher, 2007). Desta forma, é prioritário na intervenção a definição da causa do problema como uma das primeiras etapas, uma vez que se os problemas são secundários a outra condição médica, o tratamento do problema subjacente é imperativo. Caso os problemas sejam primários, as alternativas de tratamento incluem medidas não-medicamentosas e medicamentosas (Wannmacher, 2007). Contudo, nas duas respostas sociais, a maioria refere que *não* são informados pelos profissionais de saúde sobre como melhorar a qualidade de sono, o que também poderá estar relacionado com o facto de grande parte dos idosos responder *nunca* tomar medicação para dormir. A prescrição de medicação é o tratamento mais frequente para os distúrbios de sono nos idosos, muitas vezes devido à falta de conhecimento dos tratamentos não farmacológicos e/ou acesso limitado a outras formas de ajuda profissional. Machado e Andrade (2008) realizaram um estudo com idosos institucionalizados em que verificaram que com a promoção de actividades simples foi possível reduzir a duração do sono diurno (entenda-se como os cochilos ou sestas) e prolongar o tempo de actividade dos idosos. A hipótese dos idosos de LI estarem mais ocupados devido às actividades promovidas diariamente pela Instituição, constitui uma possível explicação para o facto de serem os de SAD os que revelam maior hábito de fazer sesta durante o dia.

4.4. Acidentes domésticos

Os acidentes entre os idosos são acontecimentos preocupantes devido à maior vulnerabilidade nesta faixa etária, podendo resultar em comprometimento de gravidade variável (Drech, Pomatti & Doring, 2009). E dentro destes, as quedas são o tipo de acidente mais comum nesta faixa etária, o que pode explicar o facto de apesar de se ter utilizado o conceito de “acidentes” neste estudo, a maior parte dos idosos o associar a quedas. Pelo grande número de lesões e fracturas, a queda tendo sido considerada por alguns autores uma síndrome geriátrica (Biazus, Balbinot & Wibeling, 2010).

No presente estudo, mais de metade dos idosos da amostra total relatam *nunca* costumar ter acidentes, o que poderá estar relacionado com o facto da maioria, em termos de capacidade

funcional, ainda ser *independente* ou apresentar apenas *dependência ligeira*. Os idosos de SAD explicam os motivos dos seus acidentes através de factores intrínsecos e factores extrínsecos, enquanto os de LI centram-se em factores extrínsecos (*calçado não apropriado* e *pavimento escorregadio*). Segundo Valentim, Fonseca, Santos e Santos (2009:219) “*os problemas com o ambiente serão mais perigosos quanto maior for o grau de vulnerabilidade do idoso e da instabilidade que o ambiente proporciona ao mesmo*”. Um estudo desenvolvido por estes autores demonstrou como causas de quedas os escorregões e tropeços devido a factores extrínsecos, mais propriamente a condições físicas presentes nas instituições onde viviam (detectaram a existência de algumas falhas nos itens de segurança, como por exemplo, a inexistência de barras de apoio nos sanitários). Apesar de vários estudos mostrarem que a prevalência de quedas entre idosos institucionalizados é alta (Álvares, Lima & Silva, 2010; Gonçalves, Vieira, Siqueira & Hallal, 2008), no estudo em análise, existe maior prevalência nos idosos de SAD. Factores ambientais, como as características da residência, poderão explicar os resultados obtidos (tendo em conta que as instalações de LI são recentes, pressupõe-se que ofereçam maior segurança e adequação às características dos idosos).

A queda foi o acidente doméstico mais prevalente num estudo desenvolvido por Drech, Pomatti e Doring (2009) com idosos residentes na comunidade. Simultaneamente também verificaram que a maioria dos idosos adoptava poucos cuidados adicionais relativamente à prevenção de acidentes domésticos na sua residência (saliente-se que no presente estudo, apenas uma minoria refere o aspecto *ambiental* como um dos aspectos em que a doença crónica teve maior impacto, ou seja, que implicou alterações). O uso de calçado inadequado foi uma das razões associadas à ocorrência de acidentes domésticos (motivo também apontado pelos idosos de LI em estudo), assim como o uso de medicação para dormir (apesar de 18 idosos do presente estudo confirmarem que tomam medicação para dormir, nenhum dos participantes o associa como um dos motivos para a ocorrência de acidentes domésticos).

4.5. Consumo de tabaco

Carvalho, Gomes e Tavares (2010) verificaram uma alta prevalência de tabagismo em idosos institucionalizados, o que os levou a considerar que a institucionalização possa contribuir na perpetuação no hábito do tabagismo, nomeadamente devido a alguns factores associados como as relações de abandono familiar, maus tratos, negligência dos profissionais de saúde e consequente solidão. Apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que tenha sido realizado em Portugal quanto à prevalência de tabagismo em idosos institucionalizados, os resultados

obtidos neste estudo relativamente aos idosos de LI e aos de SAD são muito semelhantes, nomeadamente o facto de que quase todos os idosos considerarem que o tabaco é prejudicial à saúde, o que poderá justificar o número reduzido de idosos que actualmente fumam (2 idosos de LI e 1 idoso de SAD). Uma menor percentagem de situações desfavoráveis (hábito de fumar) em indivíduos mais velhos, especialmente do grupo etário 75 anos ou mais anos tem sido verificada em estudos da população portuguesa, nomeadamente nos resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INE/INSA, 2009) e num estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2008).

O facto dos idosos participantes neste estudo residirem numa área geográfica caracterizada como *rural*, poderá também ser um factor explicativo, tendo em conta que se verificou a existência de diferenças de consumo de cigarros entre as zonas rurais e urbanas de Portugal, sendo superior nas zonas urbanas (Fraga et al., 2005).

Relativamente ao consumo de tabaco no passado, 9 idosos respondem afirmativamente, sendo *iniciativa própria* o motivo mais apontado para explicar a decisão de ter abandonado o hábito tabágico (5 idosos). De acordo com Fonseca (2007:191), a decisão de “*deixar-se de fumar apenas pela influência de pessoas ou acções de tipo medicamentoso, sem a forte disposição do fumador, terá fraco sucesso*”.

A literatura salienta que apesar de deixar de fumar trazer vantagens imediatas e a médio/longo prazo (sendo que quanto mais cedo se verificar o abandono do tabaco, maiores serão essas vantagens), parar de fumar tem vantagens em qualquer idade (Nunes, 2006). Como tal, torna-se relevante o facto dos 3 idosos que fumam relatarem que gostariam de abandonar este hábito.

4.6. Consumo de álcool

Existe uma carência de estudos sobre o tema do uso de substâncias psicoativas entre idosos (o consumo de álcool, e.g.), em particular pelas dificuldades de identificação do uso das substâncias e dos problemas associados, por vezes semelhantes a alterações próprias do processo de envelhecimento, não só por parte do próprio idoso (por vergonha, medo, demência, estilo de vida, isolamento, entre outros), como por parte do profissional de saúde (falta de habilidades técnicas ou mesmo pela imagem estereotipada) (Pillon, Cardoso, Pereira & Mello, 2010).

Portugal situa-se entre os países de maior produção e consumo vinícolas (é um dos países com maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool entre os países-membros da União Europeia) (Mello et al., 2001), o que ilustra a importância não

só da influência de factores individuais, mas também ambientais no âmbito do consumo de álcool. No estudo em análise, apesar de mais metade dos idosos da amostra total actualmente *nunca* beber bebidas alcoólicas, a maioria já bebeu no passado, o que, de certa forma, traduz a influência destes factores ambientais. Tais factores também podem explicar porque é em LI que existe uma percentagem superior de idosos que não consome álcool (ainda que tenham sido estes os que beberam em maior quantidade no passado), não sendo alheio de que nas instituições existem regras mais rígidas relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas.

O *vinho* surge como a bebida mais consumida, tanto nos idosos que já não bebem como nos que continuam a ingerir bebidas alcoólicas. Este tipo de bebida tem sido reconhecida como a mais prevalente, nomeadamente num estudo desenvolvido por Dias (2008), em que todos os grupos etários e em todos os níveis de escolaridade, o vinho foi a bebida com maior contributo para o total de álcool ingerido (os indivíduos mais velhos e os menos escolarizados foram os apresentaram valores mais elevados de ingestão de álcool proveniente do vinho).

Apesar de não ter sido analisada a correlação entre o consumo excessivo de álcool no passado e os motivos da sua cessação (não se diferenciou os idosos que consumiam em excesso dos que consumiam moderadamente), é de realçar que 9 dos 22 idosos que consumiram álcool no passado bebiam *mais de 0,5l*, o que remete para um consumo excessivo. O *aconselhamento familiar* é o principal motivo apontado por todos os idosos para terem deixado de beber. Este resultado vai de encontro ao apresentado na literatura, que salienta o papel da família como fulcral no processo de suspensão do consumo de bebidas alcoólicas, defendendo que os familiares devem ser envolvidos no tratamento do doente e na sua longa recuperação (Mello et al., 2001).

Contrariamente aos resultados relativos aos idosos que actualmente *não* bebem (mas que beberam no passado), são os idosos de SAD os que bebem actualmente em maior número e em maior quantidade, o que, uma vez mais, poderá estar relacionado com factores ambientais, na medida em que poderá existir um menor controlo das quantidades ingeridas por estes idosos pelo facto da rede de suporte aparentemente poder estar menos disponível, visto que a maior parte da amostra de SAD vive apenas com o *cônjuge* ou *sozinho*.

Contrapõem-se os resultados obtidos com o conhecimento dos riscos do consumo de bebidas alcoólicas, em que quase todos os idosos têm conhecimento do risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas para a sua saúde, com a sua vontade em abandonar este hábito, em que a maior parte refere que *não* gostaria de abandonar o consumo de álcool. Estes resultados poderão resultar de uma percepção de consumo moderado por parte dos idosos e, como tal, não

considerarem necessário o abandono da ingestão de bebidas alcoólicas (a maioria dos que bebem na actualidade refere uma quantidade *igual ou inferior a 0,4l*).

4.7. Vigilância de saúde/toma da medicação

Medicação

“Perante uma situação de doença, a pessoa é confrontada com múltiplos desafios, que exigem dela capacidade de adaptação, capacidade para mobilizar determinados recursos (coping) e ainda capacidade para se autocuidar, o que implica gerir o seu regime terapêutico” (Catela & Amendoeira, 2010:41), aspecto com especial enfoque nos idosos, uma vez que estes costumam utilizar maior quantidade de medicamentos comparativamente a pessoas de outra faixa etária (Cavalcanti et al., 2009). De facto, no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, a análise dos resultados por grupos etários permitiu concluir que a proporção de pessoas que tomaram medicamentos receitados aumentou com o envelhecimento, com valores próximos de 30% até aos 24 anos, de 58,6% no grupo etário intermédio (45-54 anos) e de 86,5% para os idosos avançados (75 e mais anos) (INE/INSA, 2009). No presente estudo, 52% dos idosos da amostra global toma entre *5 a 9 comprimidos/dia* e 18% *mais de 10 comprimidos/dia*.

A maioria dos idosos costuma ser informado pelos profissionais de saúde sobre as acções dos medicamentos, o que poderá justificar a boa adesão ao regime terapêutico (a maior parte dos participantes refere tomar *sempre* os medicamentos de acordo com a prescrição médica). A boa adesão ao regime terapêutico foi também encontrada em estudos desenvolvidos por Simão (2009) e por Cintra, Guariento e Miyasaki (2010). Contudo, no estudo desenvolvido por Simão (2009), é salientado a importância de contextualizar os níveis elevados de adesão no contexto em que o estudo foi realizado, ou seja, em instituições. O papel dos funcionários da Instituição na prestação de apoio na gestão da medicação e em garantir o cumprimento, quer da toma da medicação, quer dos tratamentos/recomendações médicas, pode influenciar o grau de adesão. Tal como no estudo realizado por Simão (2009), o estudo em análise envolve duas respostas sociais (LI e SAD), sendo que em ambas os funcionários desempenham esta função de apoio na gestão da medicação. O facto da percentagem em LI ser superior, poderá relacionar-se com o facto de além deste apoio, na maioria dos casos a resposta social estar também encarregue de levantar a receitas e fornecer a medicação aos idosos. Este apoio do LI, apesar de apresentar algumas vantagens (como o facto de quase todos os idosos que compõem a amostra desta resposta social *nunca* costumarem ter acidentes/problemas na toma da medicação, ao contrário do que se verifica no SAD), poderá também promover alguma desresponsabilização do idoso no

seu processo de recuperação. Por vezes, os próprios profissionais de saúde que integram as instituições facilitam a passagem de algumas informações aos idosos ou transferem-nas para os funcionários (os idosos de LI são os menos informados pelos profissionais e os que menos conhecem os medicamentos que tomam). Neste sentido, Baixinho (2009:64) salvaguarda que *“a própria “institucionalização” da pessoa idosa em serviços de apoio, condiciona a sua autonomia, pela diminuição da tomada de decisão, rotinização das actividades e parca possibilidade de participação nos cuidados que lhe são prestados”*.

Cintra et al. (2010) realçam que a quantidade diária de medicamentos a ser consumida pode originar erros na sua administração, especialmente entre os idosos, ainda que no estudo que realizou a maioria dos participantes tenha referido tomar os medicamentos “por conta própria”, ou seja, sem qualquer auxílio ou supervisão. Apesar de 52% dos idosos da amostra global tomar *entre 5 a 9 comprimidos/dia* (40% em LI e 64% em SAD) e 14% *entre 10 a 14 comprimidos/dia* (20% em LI e 8% em SAD), a maioria refere *nunca* necessitar de ajuda na toma de medicação, em particular, os idosos de LI. Tal situação poderá estar relacionada com a eventual percepção da noção de ajuda por parte dos idosos (num contexto onde há idosos completamente dependentes de terceiros e que necessitam que a medicação lhes seja “dada na boca”, o facto de ingerirem sozinhos os medicamentos poderá justificar a noção de não precisar de ajuda por parte dos outros, não entendendo a preparação e a gestão da medicação por outra pessoa como forma de ajuda). Porém, quase metade dos idosos de SAD reconhece a necessidade de ajuda na toma da medicação.

Vigilância de saúde

O tratamento cuidado e disciplinado permite prevenir e retardar as complicações agudas e crónicas da doença (António, 2010), incluindo a vigilância de saúde como um dos pressupostos, especialmente nos idosos com doenças crónicas. No Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, os resultados revelaram que a monitorização da tensão arterial aumentava com o envelhecimento, com resultados de 74,0% até aos 24 anos, de 93,2% entre os 25 e os 34 anos, e proporções superiores a 97% para as restantes faixas etárias, assim como a medição dos valores de colesterol (resultados de 55,6% até aos 24 anos, de 86,2% entre os 25 e os 44 anos, e proporções superiores a 93% nas restantes classes etárias) (INE/INSA, 2009). Relativamente à Diabetes, António (2010), salienta a “Consulta de Vigilância da Diabetes” já existente e estando a cargo de um médico de família e da equipa de enfermagem, onde é feita a monitorização da doença e o aconselhamento ao doente.

No presente estudo, a maioria dos idosos da amostra total costuma fazer vigilância regular da saúde. Os resultados evidenciam que este cuidado é mais habitual nos idosos de LI, o que pode estar relacionado, tal como já foi referido, com os cuidados de saúde geralmente prestados pelos profissionais de saúde integrados nas instituições, uma vez que a *Instituição* é referida como o local privilegiado onde costumam fazer essa vigilância. A menor vigilância nos idosos de SAD poderá estar relacionada com as características dos serviços dos Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar, locais privilegiados pelos idosos para assegurarem a vigilância de sua saúde. Araújo, Paúl e Martins (2010) num estudo realizado com 108 famílias com apoio domiciliário do Centro de Saúde ou de uma Unidade de Saúde Familiar verificaram que o tipo de cuidados prestados aos idosos pelas unidades de saúde e profissionais de saúde reportam-se a cuidados fundamentalmente técnicos, tais como a ajuda na gestão do regime terapêutico, a avaliação de pressão arterial, a avaliação de glicemia capilar e o tratamento de feridas, sendo a sua periodicidade escassa e limitada aos dias úteis e ao horário diurno. Por estes motivos, compreende-se que alguns idosos de SAD façam alguns procedimentos de vigilância da saúde na própria *casa* ou que recorram à *farmácia* e/ou *instituição*.

Lima, Silva e Galhardoni (2008) realçam a importância do suporte social como um dos recursos mais significativos usados pelos idosos. O apoio percebido *“corresponde à crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade, sendo que a experiência passada nesse sentido reforço ou não essa crença”* (Krause, 2001 cit in Paúl, 2005:278). A maioria dos idosos da amostra total responde ter alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência, sendo mais saliente em SAD do que em LI.

A maioria dos idosos de LI indicam a *instituição* como ajuda em caso de doença ou urgência. De acordo com Pereira (2008), no caso de adaptações bem sucedidas, as pessoas da instituição (idosos e cuidadores) podem funcionar um pouco como *“família de adopção”*, existindo situações de criação de laços de profunda afectividade, o que, de certa forma, poderia explicar estes resultados. Porém, o mesmo autor ressalta algumas diferenças neste *“tipo de família”* indicadas por Relvas (1996): as relações com a *“família de adopção”* são limitadas no tempo (as relações com a família de procriação e de orientação são relações de e para toda a vida); os afectos que se ganham sobretudo da parte dos cuidadores são tendencialmente generalizados e não exclusivos; e, os modos de vida e as actividades propostas revelam uma maior uniformidade (Pereira, 2008:9). Estas diferenças remetem para a necessidade de manter um contacto com a família dos idosos institucionalizados, uma vez que por mais eficaz que a Instituição seja, jamais conseguirá colmatar o lugar da família na íntegra (Pereira, 2008). Neste âmbito, é pertinente referenciar um

estudo desenvolvido por Tier, Fontana e Soares (2004) em que os autores confirmaram que a família era a unidade de apoio mais importante aos idosos, sendo a maior e mais esperada fonte de apoio em momentos de necessidade. Segundo estes autores, muitos dos idosos institucionalizados, ainda esperam que seus familiares venham buscá-los para morar com eles.

5. Limitações do estudo e perspectivas de pesquisa

Na análise do presente estudo é necessário ter em consideração algumas limitações, tais como:

- a) A utilização de uma amostra por conveniência, de número restrito e circunscrita a uma única instituição, impossibilita a generalização dos resultados para a população idosa em geral. Assim, as conclusões deste trabalho aplicam-se apenas a essa mesma população, tratando-se por isso de um estudo exploratório. Sugere-se a realização de um estudo mais alargado, com uma amostra significativa desta população e ainda a inclusão de idosos que não beneficiem de nenhum apoio social formal, com vista à comparação das eventuais vantagens/desvantagens deste tipo de apoio;
- b) A análise estatística é apenas descritiva sem verificação de significação de resultados ou sem cruzamento de variáveis. Uma vez que algumas das variáveis estudadas se inter-relacionam e interferem simultaneamente na promoção da saúde (a actividade física e a prevenção das quedas, por exemplo) seria vantajoso estudar o cruzamento dessas variáveis no sentido de perceber qual o seu impacto;
- c) O facto da autora deste trabalho desempenhar funções de Directora Técnica no CSPSPM e, como tal, ter contacto prévio com os idosos que compõem a amostra, poderá ter exercido alguma influência nas respostas (independentemente das medidas preventivas tomadas e já descritas no Capítulo II). Por outro lado, o conhecimento prévio da instituição e da amostra poderá também ter condicionado a análise dos resultados;
- d) Os instrumentos utilizados na recolha de dados baseiam-se no auto-relato/auto-avaliação dos idosos estando sujeitos a erros de interpretação e implicando que todos os resultados obtidos sejam dependentes do inquirido, não incluindo o estudo de dados objectivos e não-dependentes do inquirido;
- e) Os temas em estudo, pela sua diversidade e importância, justificavam por si só um estudo isolado, uma vez que a sua exploração e discussão dos resultados teve de ser limitada devido à quantidade de temas em análise neste estudo.

As limitações mencionadas podem indicar, assim, alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas e que constituam oportunidades para melhorar o trabalho efectuado através do estudo mais aprofundado de algumas áreas e temas.

Assim, às sugestões supracitadas, apresentam-se mais duas questões que surgiram ao longo deste trabalho e que poderiam integrar alguns estudos no âmbito das temáticas que foram abordadas: i) conhecer a percepção dos profissionais de saúde e cuidadores (formais e/ou informais) acerca da importância que as pessoas idosas atribuem a cada uma das áreas da promoção da saúde; ii) caracterizar a influência que os familiares e/ou funcionários das instituições de apoio social exercem nas opções dos idosos relativamente à prevenção da doença e promoção da saúde.

CONCLUSÕES

“A incidência e a gravidade de doenças crónicas são, frequentemente, atribuídas às escolhas individuais de estilo de vida” (Loureiro & Miranda, 2010:57), contudo, é necessário considerar a existência de outros determinantes da saúde (factores genéticos e biológicos, serviços de saúde, aspectos culturais, recursos financeiros, rede de apoio, entre outros). A promoção da saúde não consiste apenas em alterações nos estilos de vida ou em evitar factores de risco. Implica também potenciar os factores protectores, desenvolver e organizar os recursos existentes e criar novos recursos (Loureiro & Miranda, 2010), nomeadamente o desenvolvimento de estratégias a nível local que envolvam as instituições com respostas de apoio social aos idosos e suas famílias (LI ou SAD, e.g.), pelo papel e importância que podem assumir no âmbito da promoção da saúde.

No estudo apresentado, apesar de todos os idosos participantes terem doença(s) crónica(s) e a maioria *76 ou mais anos*, verifica-se que tal não determina necessariamente uma limitação para a realização de actividades básicas de vida diária (em termos de avaliação da capacidade funcional, a maioria dos idosos da amostra global é *independente* ou apresenta *dependência ligeira*). Esta situação poderá estar relacionada com o desenvolvimento de um comportamento mais activo na protecção da saúde (tais como a prática regular de exercício físico e a ausência de hábitos tabágicos) e um maior controle sobre a(s) doença(s) crónica(s) (a adopção de procedimentos de vigilância de saúde com regularidade, e.g.), presentes nos idosos de ambas respostas sociais.

Os profissionais de saúde são agentes fundamentais no acompanhamento dos doentes crónicos e no âmbito da promoção da saúde (são um dos recursos mais utilizados pelos idosos de ambas respostas sociais quando têm dúvidas acerca das suas doenças). Uma vez que a maioria dos idosos da amostra global percepção a informação recebida por estes profissionais como *alguma*, em termos de quantidade, e como *satisfatória*, em termos de qualidade (segundo a maioria dos idosos, os profissionais de saúde *nunca* costumam abordar as áreas de promoção da saúde), a passagem de informação e o tipo de linguagem utilizada assumem particular importância, especialmente junto de uma população com características específicas e um baixo grau de escolaridade.

Atendendo a que a qualidade dos cuidados aos doentes crónicos depende directamente da capacidade destes aprenderem a viver com esta nova condição e a gerir diariamente a sua doença (Correia, 2008), é prioritário o conhecimento do significado do próprio conceito de “doença crónica” e do regime terapêutico prescrito (quase metade dos idosos não conhece todos os

medicamentos que toma, apesar de o fazer com regularidade), necessidades detectadas tanto nos idosos de LI como de SAD.

Em termos físicos, apesar da capacidade funcional da maioria dos idosos da amostra global estar apenas parcialmente comprometida, mais de metade apresenta *excesso de peso*. Das áreas da promoção da saúde, a alimentação e a actividade física assumem particular importância no controlo de peso, o que reforça a prioridade e necessidade de avaliar o tipo de alimentação praticado pela Instituição (desde a sua confecção ao empratamento) e a promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos idosos. Ainda que a maioria dos participantes pratique algum tipo de exercício físico, a actividade de ocupação mais prevalente é *ver televisão*. O desenvolvimento de outro tipo de actividades menos sedentárias e alternativas ao *ver televisão* (tais como tarefas domésticas, trabalho voluntário e actividades de animação), não só contribuirá para o controlo de peso, como para a ocupação dos idosos, o que constitui também uma forma para evitar sentimentos de inutilidade (necessidades encontradas em termos psicológicos e sociais) e uma alternativa para reduzir as sesta durante o dia e melhorar a qualidade do sono nocturno.

No âmbito das necessidades e prioridades detectadas, sugere-se que, além da intervenção directa junto dos próprios idosos, sejam também incluídos os familiares (através de atendimentos personalizados e sessões de sensibilização/informação sobre alguns dos temas abordados, como a prevenção de acidentes domésticos, e.g.) e funcionários da Instituição (mediante a inclusão de alguns dos temas abordados no plano de formação anual da Instituição, e.g.), visto que ambos constituem a rede de apoio e presença diária no quotidiano do idoso, especialmente no caso dos idosos de SAD.

Uma vez que a autora exerce actividade profissional na Instituição onde foi feita a colheita de dados, é pertinente que as necessidades e prioridades identificadas sejam analisadas pelos profissionais da Instituição, no sentido de serem delineadas acções e estratégias adequadas.

Apesar do estudo apresentado ter gerado resultados de carácter mais descritivo do que conclusivo pelas limitações já descritas, os resultados obtidos possibilitam algumas reflexões e recomendações, que deverão ser sempre contextualizadas na realidade estudada.

Muitos determinantes de saúde dos idosos e estratégias para a redução de factores de risco ultrapassam o sector estrito da saúde pública, sendo necessário contemplar uma visão mais abrangente e que integre acções multisectoriais e a diferentes níveis (OMS, 2008). Além de acções que envolvam a elaboração de políticas e planos de alto nível, desde legislação (tal como a

Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto que estabelece normas com vista à redução do teor de sal no pão), a incentivos para a acção e investigação em promoção da saúde, a alteração dos currículos formativos dos profissionais de saúde, entre outros, o desenvolvimento de acções a outros níveis, nomeadamente mais próximas dos idosos, revelam-se fundamentais. Assim, a promoção de estratégias locais, tal como parcerias entre diferentes serviços integrados na comunidade (Centros de Saúde, Juntas de Freguesias, Instituições, Associações, Universidades, entre outros), são acções que poderão contribuir para uma resposta mais eficaz e mais adequada às necessidades das pessoas idosas sem implicar custos adicionais aos agentes envolvidos.

Tendo em conta o aumento da população idosa, é essencial o desenvolvimento e dinamização de respostas cada vez mais adequadas não só às suas necessidades, mas também às suas exigências e expectativas e que promovam o desenvolvimento dos pressupostos inerentes ao conceito de envelhecimento activo. Neste âmbito, contextualiza-se o desafio suscitado pelo Ministério do Trabalho e Segurança Social através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais, no sentido de as organizações com respostas sociais protocoladas com o Estado adoptarem os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais e alcançarem um nível mínimo de qualidade e competência, essencial no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Abade, M., & Zamai, C. A. (2009). Estudo sobre a influência da prática de atividade física na síndrome depressiva e no bem-estar de sujeitos da terceira idade. *Movimento & Percepção, Espírito Santo do Pinhal, SP, 10* (14), Janeiro/Junho, 319-335. Acedido a 16 de Março de 2011 em <http://boletimef.org/biblioteca/2378/Influencia-da-pratica-de-atividade-fisica-no-bem-estar-da-terceira-idade>. ISSN 1679-8678.
- Achutt, A., & Azambuja, M. I. R. (2004). Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva, 9* (4), 833-840. Acedido a 20 de Janeiro de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400002. doi:10.1590/S1413-81232004000400002. ISSN 1413-8123.
- Alencar, N. A., Aragão, J. C. B., Ferreira, M. A., & Dantas, E. H. M. (2010). Níveis de actividade física em idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 15* (1), 87-97. Porto Alegre. Acedido a 15 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/8330/10923>. ISSN: 1517-2473.
- Almeida, A. J. O. S., & Rodrigues, V. M. C. P. (2008). A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 16* (6), 1025-1031. Acedido a 13 de Abril de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000600014&script=sci_abstract&tlng=pt. doi:10.1590/S0104-11692008000600014. ISSN 0104-1169.
- Almeida, A. J. P. S. (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares, aspectos e contextos da Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido a 28 de Dezembro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218>.
- Almeida, R. N. N. (2010). Fusos de Sono: Decomposição, Parametrização e Aplicações. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 5 de Março de 2011 em <http://run.unl.pt/handle/10362/4108>.
- Álvares, L. M., Lima, R. C., & Silva, R. A. (2010). Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 26* (1), 31-40. Rio de Janeiro. Acedido a 13 de Abril de 2011 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100004&script=sci_arttext. doi:10.1590/S0102-311X2010000100004. ISSN 0102-311X.
- Antonini, T. C., Fesnterseifer, P. E., & Stefanello, S. M. S. (2008). Exercícios Físicos na Percepção de Idosos Institucionalizados: um relato de investigação. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano II, 1*, Janeiro/Junho, 11-21. Universidade Sénior Contemporânea. Departamento de Estudos Sociais. Acedido a 30 de Março de 2011 em http://arquivosusc.no.sapo.pt/revista_transdisciplinar_de_gerontologia_2.pdf.
- António, P. (2010). A psicologia e a doença crónica: intervenção em grupo na diabetes mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças, 11* (1), 15-27. Acedido a 02 de Maio de 2011 em

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862010000100002&script=sci_abstract. ISSN 1645-0086.

- Araujo, F., Pais Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), Julho/Dezembro, 59-66. Acedido a 15 de Outubro de 2010 em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf.
- Araújo, I., Cabral, V., & Sandoval, R. A. (2010). Análise comparativa da capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Trances*, 2 (6), 617-650. Acedido a 19 de Março de 2011 em http://www.trances.es/papers/TCS%2002_6_8.pdf. ISSN: 1989-6247.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*, 2, Dezembro, 45-53. Acedido a 22 de Abril de 2011 em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2193&id_rev=9&id_edicao=34.
- Assis, M., & Araújo, T. D. (2004). Actividade física e postura corporal. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp. 83-87). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Baixinho, C. R. S. L. (2009). Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano III*, 3 (1), 64-75. Universidade Sénior Contemporânea. Departamento de Estudos Sociais. Acedido a 30 de Março de 2011 em http://usc.no.sapo.pt/revista_transdisciplinar_de_gerontologia_da_usc.htm.
- Baptista, F. (2006). Exercício físico e prevenção de fracturas osteoporóticas nas pessoas idosas. In J. Barreiros, M. Espanha, & P. Pezarat Correia (Eds). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.207-214). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Barbosa, A. L. B. (2009). Cuidado informal no fim da vida: *stress* e *coping* em cuidadores primários e secundários. Dissertação de Mestrado apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Acedido a 13 de Janeiro de 2011 em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009000964>.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Sociologia*, 15, 289-302. Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Acedido a 12 de Novembro de 2010 em ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf.
- Bastos, M. (2004). Iatrogenia em idosos. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp.187-198). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas, uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bertolasce, A. C. A. (2004). Câncer e Terceira Idade. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp. 290-298). Rio de Janeiro: Editora Interciência.

- Biazus, M., Balbinot, N., & Wibelinger, L. M. (2010). Avaliação do risco de quedas em idosos. *RBCEH, Passo Fundo*, 7 (1), Janeiro/Abril, 34-41. Acedido a 15 de Abril de 2011 em <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/374/920>. doi:10.5335/rbceh.2010.004.
- Brandão, G. S. (2009). Fisioterapia sob a Óptica do Exercício Físico. In J. V. Silva (Ed.). *Saúde do Idoso. Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos* (pp. 90-104). São Paulo: Iátria.
- Buksman, S., & Vilela, A. L. (2004). Instabilidade Postural e Quedas. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp. 209-218). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177. Acedido a 15 de Janeiro de 2011 em redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63050114.pdf. ISSN 1413-8123.
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In Czeresnia D (Ed.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, 15-38. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cabrita, M. J. S. N. (2004). O Envelhecimento e os cuidados continuados. *Revista Servir*, 52 (1), 11-18.
- Cancela, D. M. G. (2007). Processo de Envelhecimento. Acedido a 28 de Novembro de 2010 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0097.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Editora Coisas de Ler.
- Cardos, M. C. A. F., & Bujes, R. V. (2010). A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 53-67. Porto Alegre. Acedido a 17 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9580>. ISSN: 1517-2473.
- Carneiro, D. S. G. (2009). Mudanças no sistema familiar após o surgimento da doença crónica, 1-15. Acedido a 28 de Novembro de 2010 em http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0507&area=d11&subarea=.
- Carrilho, M. J., & Patrício, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-145. Editor: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido a 28 de Fevereiro de 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=90343389&PUBLICACOESmodo=2.
- Carvalho, A. A., Gomes, L., & Tavares, A. B. (2010). Tabagismo em Idosos em Instituições Brasileiras de Longa Permanência. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (2), Março/Abril, 167-172. Acedido a 16 de Abril de 2011 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/>. ISSN: 1646-0758.
- Catela, A. I., & Amendoeira, J. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico. Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 39-54. Acedido a 27 de Abril de 2011 em [pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54(1).pdf).

- Cavalcanti, C. L., Gonçalves, M. C. R., Asciutti, L. S. R., & Cavalcanti, A. L. (2009). Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Revista Salud Pública*, 11 (6), 865-877. Acedido a 16 de Março de 2011 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S0124-00642009000600003. ISSN 0124-0064.
- Cintra, F. A., Guariento, M. E., & Miyasaki, L. A. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 3507-3515. Acedido a 14 de Abril de 2011 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000900025&script=sci_abstract&tlng=pt. doi:10.1590/S0124-00642009000600003. ISSN 1413-8123.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde "Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas"*. Bruxelas. Acedido a 12 de Março de 2011 em http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=pt&type_doc=COMfinal&an_doc=2005&nu_doc=637.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-60. Acedido a 8 de Dezembro de 2010 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106299&ESTUDOSmodo=2.
- Correia, L. G. (2008). O papel e importância da "Educação Terapêutica" no tratamento do doente crónico. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 13, 7-9. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.
- Couto, L. A. A. (2003). A Actividade Física no Idoso. Estudo da influência de factores demográficos e psicossociais. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Acedido a 20 de Novembro de 2010 em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10512/4/6010_TM_01_P.pdf.
- Cunha, M. C. B., Zanetti, M. L., & Hass, V. J. (2008). Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (5), Setembro/Outubro. Acedido a 15 de Abril de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500009&script=sci_arttext&tlng=pt. doi:10.1590/S0104-11692008000500009. ISSN 0104-1169.
- Decreto-Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto de 2007. *Diário da República*, 1.ª série, 156, 5277-5285.
- Decreto-Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto de 2009. *Diário da República*, 1.ª série, 155, 5225-5226.
- Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998. *Diário da República*, 1.ª Série-B, 47, 766-774.
- Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro de 1999. *Diário da República*, 1.ª Série-B, 264, 7960-7965.

- Dias, P. C. S. S. (2008). Determinantes sociais e comportamentais do consumo de álcool. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido a 20 de Novembro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/21942>.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa, n.º 13/DGCG. Acedido a 10 de Outubro de 2010 em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Drech, D. R., Pomatti, D. M., & Doring, M. (2009). Prevalência de acidentes domésticos em idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. *RBCEH, Passo Fundo*, 6 (1), Janeiro/Abril, 87-97. Acedido a 15 de Abril de 2011 em <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/160/483>.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença: porque vão as pessoas ao Médico?* Coimbra: Quarteto.
- Faria, A., & Rocha, A. (2009). Estado nutricional de idosos - caracterização dos cuidados prestados nas misericórdias de Portugal continental. *Revista Alimentação Humana*, 15 (1), 17-29. Acedido a 2 de Abril de 2011 em <http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=69&fmo=pa>.
- Félix, L. N., & Souza, E. M. T. (2009). Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. *Revista de Nutrição*, 22 (4), 571-580. Campinas. Acedido a 2 de Abril de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000400012&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S1415-52732009000400012. ISSN 1415-5273.
- Fernandes, L. (2008). A doença do envelhecimento. *Rediteia* 41, 56-58. REAPN. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em http://www.eapn.pt/publicacoes_visualizar.php?ID=123.
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social, XLII* (183), 419-443. Acedido a 3 de Janeiro de 2011 em <http://analisesocial.ics.ul.pt/?no=101000100005>.
- Ferreira, C. L., Rocha, E. A., & Maia, E. M. C. (2010). Resiliência em idosos: considerações sobre a produção científica na área do envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 129-136. Porto Alegre. Acedido a 10 de Fevereiro de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9625>. ISSN: 1517-2473.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (3), 285-296. Acedido a 7 de Abril de 2011 em http://www.google.com/search?sourceid=ie7&q=PL+Ferreira%E2%80%A6+Rev+Port+Clin+Geral%2C+2006+-+srsdocs.com&rls=com.microsoft:pt:IE-Address&ie=UTF-8&oe=UTF-8&rlz=117ACAW_pt-PT,
- Filgueiras, M. C., Menezes, J. N. R., Apolônio, M. D. F., & Borges, R. T. (2009). Atuação fisioterapêutica na promoção da saúde na terceira idade: percepções do idoso. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2), 237-247. Porto Alegre. Acedido a 23 de Janeiro de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/8241>. ISSN: 1517-2473.

- Fonseca, A. (2007). Tabaco e Tabaquistas. *Arquivos de Medicina*, 21 (5/6), 183-193. Acedido a 20 de Fevereiro de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v21n5-6/v21n5-6a08.pdf>. ISSN 0871-3413.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora (Coleção Campus do Saber).
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência (3ª Edição).
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A. C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), 207-229. Acedido a 16 de Abril de 2011 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v19n5-6/v19n5-6a05.pdf>. ISSN 0871-3413.
- Frank, S., Santos, S. M. A., Assmann, A., Alves, K. L., & Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11, 123-134. Porto Alegre. Acedido a 14 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4816>. ISSN: 1517-2473.
- Freitas, M. O., & Haag, G. S. (2009). Sentimentos do idoso frente à dependência física. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2), 225-235. Porto Alegre. Acedido a 15 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9530>. ISSN: 1517-2473.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Guide Artes Gráficas, Lda. Acedido a 24 de Fevereiro de 2011 em http://www.gulbenkian.pt/media/files/FTP_files/pdfs/PGDesenvolvimentoHumano/ProjIdosos_GuiaCidades2009.pdf.
- Geib, L. T. C., Neto, A. C., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (3), Setembro/Dezembro, 453-465. Acedido a 30 de Outubro de 2010 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000300007. doi:10.1590/S0101-81082003000300007. ISSN 0101-8108.
- Giacomini, K. C. (2008). *Epidemiologia da incapacidade funcional em idosos na comunidade: Inquérito de Saúde de Belo Horizonte e tradução e confiabilidade do instrumento de avaliação funcional SMAF no Projeto Bambuí*. Tese de Doutoramento apresentada ao Centro de Pesquisas René Rachou. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte. Acedido a 5 de Março de 2011 em http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T_3.pdf.
- Gonçalves, L. G., Vieira, S. T., Siqueira, F. V., & Hallal, P. C. (2008). Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), 938-45. Acedido a 20 de Março de 2011 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000500021&script=sci_arttext. doi:10.1590/S0034-89102008000500021. ISSN 0034-8910.
- Guedes, J. (2008). Desafios Identitários Associados ao Internamento em Lar. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos sociais: saberes e práticas. Universidade Nova de Lisboa.

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Acedido a 2 de Janeiro de 2011 em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/339.pdf>.

- Haber, D. (2003). *Health Promotion and Aging*. Springer Publishing Company.
- Heikkinen, E. (2003). What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 22 de Novembro de 2010 em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/pre2009/what-are-the-main-risk-factors-for-disability-in-old-age-and-how-can-disability-be-prevented>.
- Hespanhol, A. P., Couto, L., Martins, C., & Viana, M. (2009). Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2), 242-52. Acedido a 8 de Abril de 2011 em <http://67.228.174.222/index.php/rpcg/issue/view/1/showToc>.
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 45, 157-180. Acedido a 2 de Fevereiro de 2011 em http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/533/45_pt_Hessel.pdf. ISSN 1977-0227.
- INE (2002). O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Destaque do INE. Informação à Comunicação Social*. Acedido a 15 de Dezembro de 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=71107&DESTAQUESTema=55565&DESTAQUESmodo=2.
- INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa. DECP/Serviço de Estudos sobre a População. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1.
- INE (2009). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. *Destaque do INE. Informação à Comunicação Social*. Acedido a 15 de Dezembro de 2011 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- INE/INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa. Acedido a 1 de Novembro de 2010 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt.
- INE (2009). *População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. Acedido a 30 de Outubro de 2009 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&contexto=pi&selTab=tab0.
- Kobe, A. P. B., Magnusson, T. A., & Teixeira, D. C. (2008). Perfil do estilo de vida de idosos que praticam caminhadas sem supervisão com idosos sedentários. *Revista Digital - Buenos Aires*,

Ano 13, 120. Acedido a 27 de Dezembro de 2010 em <http://www.efdeportes.com/efd120/perfil-do-estilo-de-vida-de-idosos-que-praticam-caminhadas.htm>.

- Laranjeira de Almeida, A. D. (2007). Impacto da intervenção psicoeducativa: o acidente vascular cerebral e cancro. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro. Acedido a 20 de Dezembro de 2010 em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009001251>.
- Laranjeira, C. A. (2010). “Velhos são os Trapos”: do positivismo clássico à nova era. *Saúde e Sociedade*, 19 (4), 763-770. São Paulo. Acedido a 9 de Fevereiro de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400004&script=sci_arttext. doi:10.1590/S0104-12902010000400004. ISSN 0104-1290.
- Lima, A. M. M, Silva, H. S., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Comunicação, Saúde, Comunicação*, 12 (27), 795-807. Acedido a 1 de Março de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci_arttext. doi:10.1590/S1414-32832008000400010. ISSN 1414-3283.
- Lino, T. A. L. R. (2006). Alcoolismo: da causa à doença. Acedido a 2 de Fevereiro de 2011 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, II.ª Série, 4, 62-68. Acedido a 27 de Dezembro de 2010 em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=16&id_rev=4&id_edicao=4.
- Lobo, A. J. S (2006). Padrão de actividade física diária dos idosos institucionalizados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 16-19.
- Loureiro, C. M. S, Couto, G. M. A., & Sousa, S. S. (2007). Mobilidade: um percurso para o envelhecimento activo. Acedido a 20 de Janeiro de 2011 em http://www.reabilidade.net/index_ficheiros/Artigo_Mobilidade.pdf.
- Loureiro, I. (2008). O processo de aprendizagem em promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 42 (1), 65-89.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Edições Almedina.
- Machado, A. V. S., & Andrade, M. M. M. (2008). O ciclo vigília/sono antes e após intervenção na rotina de idosos institucionalizados. *RBCEH, Passo Fundo*, 5 (2), Julho/Dezembro, 33-45. Acedido a 15 de Abril de 2011 em <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/127/245>.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65. Acedido a 01 de Outubro de 2010 em http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel_reprint.pdf.
- Maia, G. F., & Perurena, F. C. P. (2008). Corpo, velhice e saúde: formas de viver e ser na velhice. Universidade Federal de Santa Maria. Acedido a 20 de Janeiro de 2011 em http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST47/Maia-Perurena_47.pdf.

- Marciel, C. M. M. (2008). Envelhecimento Activo. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 13, 41-46. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.
- Mello, M. L. M., Barrias, J. C., & Breda, J. J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 30 de Outubro de 2010 em http://tne.fct.unl.pt/file.php/30/DEPENDENCIAS/alcoolismo_dgs.pdf.
- Mendonça, M. P., Squassoni, C. E., & Zanni, K. P. (2010). Envelhecer e aprender: um modelo de atuação com enfoque na educação em saúde. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15 (1), 99-115. Porto Alegre. Acedido a 10 de Janeiro de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11437>. ISSN: 1517-2473.
- Menezes, M. F. G., Tavares, E. L., Santos, D. M., Targueta, C. L., & Prado, S. D. (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (2), 267-275. Rio de Janeiro. Acedido a 10 de Março de 2011 em <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n2/v13n2a11.pdf>.
- Mesas, A. E., Andrade, S. M., Cabrera, M. A. S., & Bueno, V. L. R. C. (2010). Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13 (3), 1-12. Acedido a 18 de Abril de 2011 em www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/122/98. doi:10.1590/S1415-790X2010000300007. ISSN 1415-790X.
- Mincato, P. C., & Freitas, C. R. (2007). Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS1. *RBCEH, Passo Fundo*, 4 (1), Janeiro/Junho, 127-138. Acedido a 15 de Abril de 2011 em www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/122/98.
- Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde (2008). Envelhecimento e Saúde em Portugal. *Boletim Informativo*, 2, Setembro. Gabinete de Informação e Prospetiva. Acedido a 28 de Novembro de 2010 em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/pnsemfoco2.pdf>.
- Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde (2009). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Acedido a 1 de Março de 2011 em <http://www.acs.min-saude.pt/2009/06/01/rms08/>.
- Ministério da Saúde/Alto Comissariado para a Saúde (2010). Obesidade e Diabetes em Portugal. *Boletim Informativo*, 6, Novembro. Gabinete de Informação e Prospetiva. Acedido a 2 de Março de 2011 em <http://www.acs.min-saude.pt/2010/01/08/pns-em-foco/>.
- Moreno, A. (2006). O Idoso e as Idades. In J. Barreiros, M. Espanha, & P. Pizarat Correia (Eds). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.09-16). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Neves, T. P. (2006). Reflexões sobre a promoção da saúde. *Revista Espaço Académico*, 62. Ano VI. Acedido a 20 de Janeiro de 2011 em <http://www.espacoacademico.com.br/062/62neves.htm>. ISSN-1519-6186.
- Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, A. Q., & Pereira, E. T. (2010). Factores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (4), 322-9. São Carlos. Acedido a 9 de Março de 2011 em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000400009.
doi:10.1590/S1413-35552010005000019. ISSN 1413-3555.

- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (2), 225-244. Acedido a 3 de Março de 2011 em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=233.
- Nunes, I. M. S. A. (2009). A Constelação do Idoso. Artigo de Investigação Médica - Mestrado Integrado em Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido a 5 de Outubro de 2010 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21066/2/a%20constelao%20do%20idoso.pdf>.
- Oliveira, B. H. D., Yassuda, M. S., Cupertino, A. P. F. B., & Neri, A. L. (2010). Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (3), 851-860. Acedido a 5 de Abril de 2011 em http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000300028&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232010000300028. ISSN 1413-8123.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido a 29 de Dezembro de 2010 em <http://www.acs.min-saude.pt/2010/03/15/estudo-envelhecimento/>.
- Oliveira, D. L. (2005). A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (3), 423-431. Acedido a 6 de Março de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>.
- Oliveira, R. B. A., Veras, R. P., & Prado, S. D. (2010). “O Fim da Linha”? Etnografia da alimentação de idosos institucionalizados – reflexões a partir das contribuições metodológicas de Malinowski. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (1), 133-143. Rio de Janeiro.
- Oliveira, R. M. D. (2008). O Enfermeiro na Pré-Diabetes. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 14, 47-49. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.
- Oliveira, S. C. F., Pedrosa, M. I. P. C., & Santos, M. F. S. (2009). Doença versus saúde: como os idosos se percebem diante desses conceitos. *RBCEH, Passo Fundo*, 6 (2), Maio/Agosto, 181-188. Acedido a 15 de Abril de 2011 em www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/168/788.
- Oliveira, J. C., Rossini, S., & Reimão, R. (2009). Insônia e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados. *Neurobiologia*, 72 (2), Abril/Junho, 15-19. Acedido a 3 de Abril de 2011 em <http://www.neurobiologia.org/indice7.htm>. ISSN 0028-3800.
- OMS (1986). Carta de Ottawa. Acedido a 10 de Outubro de 2010 em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.
- OMS (2006). Envelhecimento activo. Um Projecto de Política de Saúde. Acedido a 22 de Outubro de 2010 em www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc.

- OMS (2008). WHO 2008 – 2013 – Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases. Acedido a 6 de Março de 2011 em <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>.
- Patrício, K. P., Hoshino K., & Ribeiro, H. (2009). Ressignificação Existencial do Pretérito e Longevidade Humana. *Saúde Soc. São Paulo*, 18 (2), 273-283. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200010&script=sci_arttext. doi:10.1590/S0104-12902009000200010. ISSN 0104-1290.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287. Porto: Departamento de Sociologia da Faculdade de Letra da UP. Acedido em 12 de Novembro de 2010 em ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do Envelhecimento. In H. Firmino. *Psicogeriatría* (pp.43-68). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Pereira, F. A. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Ano II, 1, Janeiro/Junho, 6-10. Universidade Sénior Contemporânea. Departamento de Estudos Sociais. Acedido a 30 de Março de 2011 em arquivosusc.no.sapo.pt/revista_transdisciplinar_de_gerontologia_2.pdf.
- Pillon S. C., Cardoso L., Pereira G. A. M., & Mello E. (2010). Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14 (4), Outubro/Dezembro, 742-748. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Acedido a 28 de Abril de 2011 em redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127715826013.pdf. ISSN 1414-8145.
- Pinto, L. C. (2006) Actividade e envelhecimento. In H. Firmino. *Psicogeriatría* (pp.107-112). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Pinto, N. M. T. (2005). A Enfermagem e a promoção da adaptação da pessoa. Um desafio do presente para uma certeza do futuro. *Revista Sinais Vitais*, 63, 21-27. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Pinto, P. A. C. (2009). Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: um Estudo Exploratório. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Acedido a 8 de Abril de 2011 em repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2151/1/22284_ulfp034903_tm.pdf.
- Poínhos, R., Franchini, B., Afonso, C., Correia, F., Teixeira, V. H., Moreira, P., Durão, C., Pinho, O., Silva, D., Lima Reis, J. P., Veríssimo, T., & Almeida, M. D. V. (2009). Alimentação e estilos de vida da população portuguesa: metodologia e resultados preliminares. *Revista Alimentação Humana*, 15 (3), 43-60. Acedido a 2 de Abril de 2011 em <http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=71&fmo=pa>.
- Polit, D. F., Beck, T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: Artimed Editora SA.
- Portal da Saúde (2006). Saúde oral na velhice. Acedido a 15 de Abril de 2011 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/idosos/Saude+oral+na+velhice.htm>

- Prado, S. D., & Tavares, E. L. (2004). Alimentação Saudável na Terceira Idade. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do idoso: a arte de cuidar* (pp.88-95). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Preto, L., Mendes, E., Novo, A., & Prior, A. (2011). Prevenção de fracturas da extremidade proximal do fémur em idosos. Eficácia dos protectores da anca. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Ano V, 4 (1), 10-21. Universidade Sénior Contemporânea. Departamento de Estudos Sociais. Acedido a 10 de Março de 2011 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3048/1/Revista%20Transdisciplinar%20de%20Gerontologia.pdf>.
- Quintela, M. J. (2007). Os Sêniore com a Saúde necessária à participação activa. Sêniore com a saúde necessária à participação activa. 2º. Congresso Nacional da Pastoral da Saúde. Fátima, 1 a 3 de Fevereiro de 2007. Centro Pastoral Paulo VI “Ao serviço da pessoa – curar e cuidar”. Acedido a 15 de Março de 2011 em www.pastoraldasaude.pt/.../CNPSII_Maria_Joao_Quintela.pdf.
- Quitério, S. (2008). Porquê a Hipertensão Arterial? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24 (3), 385-386. Acedido a 7 de Abril de 2011 em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=62.
- Ramos, J. A. S. (2004): Cuidados Preventivos: medidas gerais de manutenção da saúde. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp.77-80). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Reis, M. L. (2011). Insónia no idoso. Enfermagem e o Cidadão. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, Ano 9, 26, 3, Março.
- Reis, M. (2008). Manual de Acolhimento do Centro Social Paroquial São Pedro Maceda. Maceda, Documento Intrainstitucional.
- Ribeirinho, C. (2005). Projecto de Vida – A Vida Continua a Ter Sentido. I Jornada – Para um Envelhecimento Activo: Descobrir novos Caminhos. CSP, Fátima, 3 de Junho de 2005. Acedido a 15 de Janeiro de 2011 em http://www.google.pt/#hl=pt-PT&biw=1366&bih=683&rlz=1R2ACAW_pt-PTPT402&q=Projecto+de+Vida+%E2%80%93+A+Vida+Continua+a+Ter+Sentido&oq=Projecto+de+Vida+%E2%80%93+A+Vida+Continua+a+Ter+Sentido&aq=f&aql=&gs_sm=s&gs_upl=238616729101210101010101274140410.1.1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.&fp=76a52c8ef66b6c75
- Ribeiro, A., & Sousa, L. (2008). Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Ano II, 1, Janeiro/Junho, 22-38. Universidade Sénior Contemporânea. Departamento de Estudos Sociais. Acedido a 30 de Março de 2011 em arquivosusc.no.sapo.pt/revista_transdisciplinar_de_gerontologia_2.pdf.
- Ribeiro, O. (2008). O equilíbrio psíquico do idoso e a dinâmica. *Rediteia* 41, 54-55. REAPN. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em http://www.eapn.pt/publicacoes_visualizar.php?ID=123.
- Rocha, A. M. C. N. (2007). Particularidades dos serviços de alimentação em instituições geriátricas. *Revista Alimentação Humana*, 13 (1), 3-9. Acedido a 2 de Abril de 2011 em <http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=62&fmo=pa>.

- Rocha, A. P. M. F. (2007). O Autoconceito dos Idosos. Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Acedido a 28 de Março de 2011 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1103>.
- Rodrigues, S. (2008). Mitos e preconceitos da velhice. *Rediteia* 41, 21-22. REAPN. Acedido a 11 de Dezembro de 2010 em http://www.eapn.pt/publicacoes_visualizar.php?ID=123.
- Rosa, P. V., Silva, F. K., Rossato, D. D., & Rosa, L. H. T. (2009). Capacidade funcional entre idosos institucionalizados da região do Alto Jacuí – Rio Grande do Sul. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2), 281-294. Porto Alegre. Acedido a 15 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9586>. ISSN: 1517-2473.
- Sampaio, A. C. L. (2009). O contributo da caminhada na preservação da capacidade funcional dos idosos. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Acedido a 28 de Março de 2011 em http://sigarra.up.pt/up/up_pesquisa.pesquisa?pv_pesq=O+contributo+da+caminhada+na+preserva%E7%E3o+da+capacidade+funcional+dos+idosos.+Faculdade+de+Desporto.+Universidade+do+Porto.
- Santos, B. (2008). *Os Consumidores no envelhecimento activo*. Editora Apenas Livros. Acedido a 21 de Dezembro de 2011 em <http://va.vidasalternativas.eu/wp-content/uploads/2010/04/Livro%20Consumidores%20no%20envelhecimento%20activo.pdf>.
- Santos, I., & Ribeiro, I. L. (2009). Indicadores de desempenho na consulta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2), 228-236. Acedido a 8 de Abril de 2011 em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=827.
- Santos, M. C. (2010). *Vivência Parental da Doença Crónica*. Instituto Politécnico de Lisboa: Edições Colibri (Colecção Caminhos do Conhecimento).
- Sardinha, L. B., & Martins, T. (2006). Avaliação da aptidão física funcional da pessoa idosa. In J. Barreiros, M. Espanha, & P. Pizarat Correia (Eds). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp.215-224). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Sardinha, L. B. (2006). A avaliação da composição corporal na pessoa idosa. In J. Barreiros, M. Espanha, & P. Pizarat Correia (Eds). *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 71-87). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Sé, E. V. G. (2009). Caminhos para uma velhice bem-sucedida. Acedido a 8 de Dezembro de 2010 em http://www2.uol.com.br/vyaestelar/velhice_bem_sucedida.htm.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7 (12), 91-112. Acedido a 8 de Janeiro de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008. doi: 10.1590/S1414-32832003000100008. ISSN 1414-3283.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 189-208. Acedido a 20 de Março de 2011 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200002&script=sci_arttext. ISSN 1645-0086.

- Silva, J. V. (2009). *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria (1.ª Edição).
- Silva, S. A., & Oliveira, K. H. (2008). Interdisciplinaridade, envelhecimento e atividade física: relato de experiência. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba – MG*, 1 (1), Julho/Dezembro, 120-141. Acedido a 23 de Março de 2011 em <http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/revistatriangulo/article/view/52>.
- Simão, A. R. E. (2009). Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em Centros de Dia: Um Estudo Exploratório. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Acedido a 28 de Março de 2011 em repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353_ulfp034915_tm.pdf.
- Simões, A. P., Paquete, A. T., & Araújo, M. (2008). Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (1), Janeiro/Junho, 39-52. Acedido a 15 de Abril de 2011 em http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/conteudos/conteudos_2008_vol1.
- Simões, J. A. (2009). A consulta em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2), 197-198. Acedido a 8 de Abril de 2011 em http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=823.
- Siqueira, F. V., Nahas, M. V., Facchini, L. A., Silveira, D. S., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Reichert, F. F., & Hallal, P. R. C. (2009). Factores considerados pela população como mais importantes para a manutenção da saúde. *Revista Saúde Pública*, 43 (6), 961-971. Acedido a 3 de Janeiro de 2001 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008. doi:10.1590/S0034-89102009005000066. ISSN 1414-3283.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-71. Acedido a 15 de Outubro de 2010 em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300016. doi:10.1590/S0034-89102003000300016. ISSN 0034-8910.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Strong, K., Mathers, C., Epping-Jordan J., & Beaglehole, R. (2006). Preventing chronic disease: a priority for global health. *International Journal of Epidemiology*, 35 (2), April, 492-494. World Health Organization. Acedido a 30 de Outubro de 2010 em doi: 10.1093/ije/dyi315.
- Terra, F. S., Costa, A. M. D. D., Figueiredo, E. T., Moraes, A. M., Costa, M. D., & Costa, R. D. (2010). Adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med*, 8 (2), 119-24. Acedido a 11 de Março de 2011 em <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a006.pdf>.

- Tier, C. G., Fontana, R. T., & Soares, N. V. (2004). Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (3), Maio/Junho, 332-335. Brasília. Acedido a 7 de Abril de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000300015&script=sci_arttext. doi:10.1590/S0034-71672004000300015. ISSN 0034-7167.
- Tirado, M. G. A. (2004). Reabilitação e manutenção da capacidade funcional. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp.145-151). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Trentini M., Silva S. H., Valle M. L., & Hammerschmidt K. S. A. (2005). Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13 (1), 38-45. Acedido a 3 de Janeiro de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100007&script=sci_arttext. doi: 10.1590/S0104-11692005000100007. ISSN 0104-1169.
- Valentim, F. C. V., Fonseca, M. C. R., Santos, M. O., & Santos, B. M. O. (2009). Avaliação do equilíbrio postural e dos fatores ambientais relacionados às quedas em idosos de instituições de longa permanência. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 14 (2) 207-224. Porto Alegre. Acedido a 18 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5975>. ISSN: 1517-2473.
- Vaz, S. F. A. (2009). A Depressão no Idoso institucionalizado. Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Acedido a 28 de Março de 2011 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/67168.pdf>.
- Veríssimo, M. T. (2006). Actividade e envelhecimento. In H. Firmino. *Psicogeriatria* (pp.83-94). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Vianna, L. G., Vianna, C., & Bezerra, A. J. C. (2010). Relação Médico-Paciente idoso: desafios e Perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (1), 150-159. Acedido a 17 de Abril de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100018. doi: 10.1590/S0100-55022010000100018. ISSN 0100-5502.
- Vitorino, A. P. B., & Silva, F. M. (2010). Nível de qualidade de vida em idosos da UnATI-UCB. *Educação Física em Revista*, 4 (3), 1-11. Acedido a 23 de Março de 2011 em <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/viewPDFInterstitial/1984/1302>. ISSN: 1983-6643.
- Wannmacher, L. (2007). Como manejar a insônia em idosos: riscos e benefícios. *Uso racional de medicamentos, temas selecionados* 4, (5), 1-6. Brasília. Acedido a 28 de Abril de 2011 em http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/HSE_URM_INS_0405.pdf.
- Wentz, E. K., & Portella, M. R. (2008). Conhecimentos que agentes comunitários de saúde e cuidadores de idosos têm sobre saúde bucal na velhice: experiências da estratégia de saúde da família de Victor Graeff – RS. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13 (2), 275-290. Porto Alegre. Acedido a 15 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/8083>. ISSN: 1517-2473.

- Werlang, M. C., Argimon, I. I. L., & Stein, L. M. (2008). Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem do uso dos seus medicamentos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13 (1), 95-115. Porto Alegre. Acedido a 9 de Março de 2011 em <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/6950>. ISSN: 1517-2473.
- WHO (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva. Acedido a 30 de Outubro de 2010 em whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf.
- WHO (2002). Active Ageing, a Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain. Acedido a 22 de Outubro de 2010 em whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.
- <http://fiadc.no.sapo.pt/id2.htm>
- http://www.abarca.com.pt/ultimas/ponte_de_sor_cidades_amigas_das_pessoas_idosas.html
- http://www.gastronomias.com/roda-alimentos/roda_Alimentos.pdf
- <http://www.nutricaoemfoco.com.br/pt-br/site.php?secao=ndown-docs-idosos&pub=479>
- www.app.com.pt/wp-content/.../envelhecer_com_sabedoria.pdf
- www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf
- www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010168.pdf
- www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010171.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

PROTOCOLO DOS INSTRUMENTOS:

- *Questionário sócio-demográfico*
- *Índice de Barthel*
- *Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa*



universidade de aveiro

EASY-Care Research 2010

Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas

Nome do Técnico: _____

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: ____/____/____

Nº de Processo: _____

Informação Pessoal

1. Sexo: Masculino ☐ (m) Feminino ☐ (f)

2. Idade: _____

3. Área de residência: Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)

4. Estado civil actual:

Solteiro ☐ (s) Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d) Viúvo(a) ☐ (v)

5. Anos de educação formal: _____

6. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?

Não chega para as necessidades ☐ (3)

É mesmo à justa para as necessidades ☐ (2)

Sobra algum dinheiro ☐ (1)

7. Com quem vive?

Sozinho ☐ (s) Em casal ☐ (c) Com família alargada ☐ (f) Em instituição ☐ (i)

Outra situação ☐ (os)

8. Situação profissional

Empregado(a) a tempo inteiro ☐ (eti)

Empregado(a) a tempo parcial ☐ (etp)

Desempregado(a) ☐ (de) Doméstica ☐ (do)

Pensionista ☐ (p)

Reformado(a) ☐ (r)

Estudante ☐ (est)

9. Cuida actualmente de alguém? Sim ☐ (s) Não ☐ (n)

10. Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados? Sim ☐ (s) Não ☐ (n)

ÍNDICE DE BARTHEL

Código de Identificação: _____

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Pontuação Obtida: _____

Assinatura da Técnico: _____

Evacuar

- 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 5 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 10 = Continente

Urinar

- 0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 5 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 10 = Continente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

- 0 = Dependente
- 5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 10 = Independente

Alimentar-se

- 0 = Incapaz
- 5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- 10 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 5 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 10 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 15 = Independente

Mobilidade

- 0 = Imobilizado
- 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

- 0 = dependente
- 5 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

- 0 = Incapaz
- 5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 10 = Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0 = Dependente
- 5 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

- 0 - 20 – Muito Grave
- 25 -45 – Grave
- 50-70 – Moderado
- 75-95 – Ligeiro
- 100 - Independente

Questionário sobre a promoção da saúde da pessoa idosa

O presente questionário foi elaborado no âmbito de um trabalho de investigação no Mestrado em Gerontologia. Pretende-se conhecer e recolher dados sobre as **necessidades e prioridades das pessoas idosas com doença crónica**, tendo subjacente as áreas da promoção da saúde preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a prevenção da doença e promoção da saúde no idoso (*alimentação, actividade física, sono e repouso, acidentes domésticos, consumo de tabaco, consumo de álcool, vigilância de saúde/toma de medicação*) e os cuidados prestados.

As instruções de resposta às questões colocadas são fornecidas durante o questionário.

Não existem respostas correctas ou erradas, o questionário pretende simplesmente conhecer a opinião de cada respondente.

O questionário é individual, anónimo e confidencial.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO:

Identificação da resposta social que usufrui:

- ☐ Lar de Idosos (LI)
☐ Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

1-Dados Antropométricos:

Peso: _____ Altura: _____ (IMC: _____)

2- Em termos gerais, como avalia a sua saúde?

- ☐ Má ☐ Regular ☐ Boa ☐ Muito Boa

3- Como descreve a sua atitude habitual perante a sua saúde?

- ☐ Nada preocupado ☐ Moderadamente preocupado ☐ Muito preocupado

4- Sabe o que significa “doença crónica”?

- ☐ Sim
☐ “Mais ou menos” ☐ Não (*o entrevistador deve clarificar o conceito*)

5- Indique qual(ais) a(s) doença(s) crónica(s) que sofre actualmente (*No caso de ter mais do que uma, indicar por ordem de importância*).

6- Há quanto tempo sofre de doença(s) crónica(s)? (*No caso de ter mais do que uma, ter por referência a primeira*)

- ☐ ≤ 1 ano ☐ ≤ 2 anos ☐ ≤ 3 anos ☐ >3 e ≤ 5 anos ☐ >5 e ≤ 10 anos ☐ ≥ 10 anos
☐ Não sabe

7- Em que aspecto(s) da sua vida sentiu que a(s) doença(s) crónica(s) teve/tiveram maior impacto?

- ☐ Ambiental (obras em casa, mudança de residência, etc.)
☐ Económico (mais gastos com medicamentos e/ou tratamentos, etc.)
☐ Familiar (transformações na rotina diária, alterações na comunicação, maior dependência, etc.)
☐ Psicológico (falta de motivação, tristeza, sentimentos negativos, etc.)
☐ Relacional (diminuição de contacto com outras pessoas, diminuição de saídas, isolamento, etc.)
☐ Outro(s): _____

8- Tem Médico de Família fixo? (ou “Médico do Lar”, no caso dos idosos institucionalizados)

- ☐ Sim
☐ Não

9- Com que frequência vai ao Médico de Família? (ou “Médico do Lar”, no caso dos idosos institucionalizados)

- ☐ 1x semana ☐ 2xmês ☐ 1xmês ☐ de 2 em 2 meses ☐ de 3 em 3 meses
☐ de 6 em 6 meses ☐ 1xano ☐ periodicidade superior a 1xano
☐ Outra(s): _____ ☐ Não sabe

10- É seguido em Consulta(s) de Especialidade?

- ☐ Sim
☐ Não (→ *Passe para a questão 11*)

10.1- Se SIM:

10.1.1- Qual(ais) a(s) Especialidade(s)?

- ☐ Cirurgia Geral ☐ Dentista ☐ Dermatologia ☐ Gastrenterologia ☐ Ginecologia
☐ Oftalmologia ☐ Oncologia ☐ Ortopedia ☐ Otorrinolaringologia
☐ Medicina Física e Reabilitação ☐ Medicina Interna ☐ Neurologia ☐ Cardiologia
☐ Pneumologia ☐ Psicologia ☐ Psiquiatria ☐ Urologia ☐ Consulta da Dor
☐ Outra(s): _____

10.1.2- Qual(ais) o(s) sector(es)?

- ☐ Público ☐ Privado

11- Costuma ir acompanhado às consultas médicas?

- ☐ Nunca (→ *Passe para a questão 12*)
☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

11.1- Se SIM, especifique por quem:

- ☐ Cônjuge/companheiro
☐ Membro da família
☐ Vizinho
☐ Amigo
☐ Ajuda privada (empregada, por exemplo)
☐ Instituição (funcionário do LI ou do SAD)
☐ Outro(s): _____

12- Como descreveria o tipo de informação fornecida pelos profissionais de saúde relativamente à(s) sua(s) doença(s):

12.1- Especifique:

12.1.1- Quantidade: ☐ Pouca ☐ Alguma ☐ Muita

12.1.2- Satisfação: ☐ Pouco satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfeito

12.2- Costuma receber informação escrita (panfletos, por exemplo)?

- ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

12.3- Alguma vez foi encaminhado para eventuais Associações, Serviços e/ou Linhas de Apoio?

- ☐ Sim
☐ Não (→ *Passe para a questão 13*)

12.3.1- Se SIM, identifique o tipo e nome: _____

13- Quando surgem dúvidas relacionadas com a(s) sua(s) doença(s), indique como/com quem geralmente as esclarece:

- ☐ Consulta da informação escrita cedida pelos profissionais de saúde
☐ Amigo
☐ Ajuda privada (empregada, por exemplo)
☐ Cônjuge/companheiro
☐ Profissional de saúde:
 ☐ Enfermeiro
 ☐ Farmacêutico
 ☐ Médico

- ☐ Outro(s): _____
- ☐ Instituição (funcionário do LI ou do SAD)
- ☐ Membro da família
- ☐ Vizinho
- ☐ Ninguém
- ☐ Outro(s): _____

ALIMENTAÇÃO

14- Considera ter uma alimentação saudável?

- ☐ Sim (→ *Passe para a questão 15*)
- ☐ Não

14.1- Se NÃO especifique motivo: (seleccionar até 3 opções)

- ☐ Acesso limitado a alimentos (dificuldades em deslocar-se para comprar comida, por exemplo)
- ☐ Dificuldades em confeccionar/preparar a comida
- ☐ Dificuldades socioeconómicas
- ☐ Doenças e uso de medicamentos
- ☐ Escolhas erradas de alimentos (comidas gordurosa, por exemplo)
- ☐ Falta de apetite
- ☐ Falta de informação e conhecimento sobre a nutrição
- ☐ Problemas na mastigação (perda de dentes, inadaptação à prótese dentária, ...)
- ☐ Outro(s): _____

15- Conhece a *Roda dos Alimentos*?

- ☐ Sim ☐ “Mais ou menos” ☐ Não

16- Quais os grupos de alimentos que come em maior quantidade no seu dia-a-dia? (seleccionar até 3 opções)

- ☐ Cereais e derivados
- ☐ Hortícolas
- ☐ Fruta
- ☐ Lacticínios
- ☐ Carne, pescado e ovos
- ☐ Leguminosas
- ☐ Gorduras e óleos

17- Qual o número médio de refeições que faz por dia?

- ☐ Menos de 3 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Mais de 6

18- As refeições são confeccionadas por si?

- ☐ Sim (→ *Passe para a questão 19*)
- ☐ Não

18.1- Se NÃO, especifique por quem são confeccionadas as suas refeições:

- ☐ Cônjuge/companheiro
- ☐ Membro da família
- ☐ Vizinho
- ☐ Amigo
- ☐ Ajuda privada (empregada, por exemplo)
- ☐ Instituição (LI ou SAD)
- ☐ Outro(s): _____

19- Em média, qual a quantidade de líquidos (chá, leite ou sumo) que bebe por dia?

- ☐ < 0,2l (< 1 copo) ☐ Entre 0,2l a 0,4l (1 a 2 copos) ☐ Entre 1/2l a 1l ☐ 1l ☐ 1,5l ☐ Mais de 1,5l

20- A(s) doença(s) crónica(s) implicou/implicaram alguma alteração nos seus hábitos alimentares?

- ☐ Sim
- ☐ Não (→ *Passe para a questão 21*)

20.1-Se SIM:

20.1.1- Quais as principais alterações: (seleccionar até 2 opções)

- ☐ Dieta específica (sem sal, por exemplo)
- ☐ Número de refeições por dia
- ☐ Diminuição e/ou suspensão de alimentos específicos (gorduras e açúcares, por exemplo)
- ☐ Aumento e/ou introdução de alimentos específicos (frutas, legumes e verduras, por exemplo)
- ☐ Aumentar a ingestão de líquidos
- ☐ Outra(s): _____

20.1.2- Considera que as alterações na sua alimentação contribuíram para melhorar a sua saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

21- Costuma fazer a higiene da boca (lavar a boca e os dentes e/ou a prótese dentária, por exemplo)?

- ☐ Diariamente (≥ 3xdia) ☐ Diariamente (2xdia) ☐ Diariamente (1xdia)
- ☐ Outra periodicidade (especifique: _____) ☐ Nunca

22- Os profissionais de saúde costumam informá-lo sobre a necessidade de se ter uma alimentação saudável?

- ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

ACTIVIDADE FÍSICA

23- Pratica algum tipo de actividade física?

- ☐ Sim
- ☐ Não (→ Passe para a questão 23.2)

23.1- Se SIM:

23.1.1- Qual o tipo de actividade?

- ☐ Bicicleta
- ☐ Caminhadas
- ☐ Ginástica
- ☐ Piscina
- ☐ Outra(s): _____

23.1.2- Com que frequência?

- ☐ Diariamente
 - ☐ 5xsemana
 - ☐ 2 a 3xsemana
 - ☐ 1xsemana
 - ☐ Outra(s): _____
- (→ Passe para a questão 24)

23.2- Se NÃO:

23.2.1- Especifique principais motivos: (seleccionar até 2 opções)

- ☐ Idade
- ☐ Doença(s)
- ☐ Falta de companhia
- ☐ Falta de motivação para a prática de actividade física
- ☐ Impossibilidade em deslocar-se ao local da actividade (ausência de meio transporte e/ou dificuldades de mobilidade)
- ☐ Inexistência de actividades na comunidade e/ou actividades dirigidas à população idosa
- ☐ Outro(s): _____

24- Os profissionais de saúde costumam informá-lo sobre a necessidade de praticar exercício físico?

- ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

25- Como ocupa/utiliza o seu tempo? (seleccionar até 3 opções)

- ☐ “Não faz nada”
- ☐ Actividades(s) física(s)
- ☐ Conversar com os amigos/vizinhos
- ☐ Dançar
- ☐ Fazer recados
- ☐ Jogos (cartas, dominó, ...)
- ☐ Leitura de revistas, livros e jornais
- ☐ Ouvir rádio/música
- ☐ Realizar actividades domésticas
- ☐ Realizar trabalhos manuais (croché, tricô, desenho, pintura, bordado, jardinagem, ...)
- ☐ Tomar conta de crianças (netos, por exemplo)
- ☐ Ver televisão
- ☐ Outro(s): _____

SONO E REPOUSO

26- Qual o número médio de horas que costuma dormir em 24 horas?

- ☐ ≤ 5 horas ☐ +/- 6 horas ☐ +/- 7 horas ☐ +/- 8 horas ☐ ≥ 8 horas

27- Tem problemas de sono?

☐ Nunca (→ *Passe para a questão 28*)

☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

27.1- Se SIM:

27.1.1- Qual(ais) o(s) problema(s) de sono? (*seleccionar até 2 opções*)

- ☐ Dificuldade em adormecer
☐ Acordar várias vezes durante a noite/dificuldade em reiniciar o sono
☐ Menor duração do sono nocturno
☐ Despertar pela manhã mais cedo do que o desejado
☐ Outro(s): _____

27.1.2- Alguma vez foi informado pelos profissionais de saúde sobre como melhorar a qualidade do sono?

- ☐ Sim
☐ Não

28- Toma medicação para dormir?

☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

29- Costuma fazer uma sesta/repousar durante o dia?

☐ Nunca (→ *Passe para a questão 30*)

☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

29.1- Se SIM, em média, qual a duração?

- ☐ ≤ 15 minutos ☐ +/- 30 minutos ☐ +/- 1 hora ☐ > 1 hora e ≤ 2 horas ☐ ≥ 2 horas

30- Os profissionais de saúde costumam informá-lo sobre a necessidade de se ter hábitos de sono saudáveis?

☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

ACIDENTES DOMÉSTICOS

31- Costuma ter acidentes em casa (quedas, e.g.)?

☐ Nunca (→ *Passe para a questão 32*)

☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

31.1- Se SIM, especifique os motivo(s): (*seleccionar até 3 opções*)

- ☐ Calçado não apropriado
☐ Enfraquecimento dos ossos e dos músculos
☐ Factores do ambiente (tropeçar em tapetes, por exemplo)
☐ Iluminação deficiente
☐ Inexistência de corrimão ou de barras de segurança, nomeadamente na banheira
☐ Medicamentos
☐ Móvel instável
☐ Pavimento escorregadio
☐ Problemas de locomoção (osteoarticulares ou neurológicos)
☐ Uso de ajuda técnica (cadeira de rodas ou andador, por exemplo)
☐ Visão e audição deficientes
☐ Outro(s): _____

32- Alguma vez teve aconselhamento/informação para evitar/prevenir acidentes domésticos?

☐ Sim

☐ Não (→ *Passe para a questão 33*)

32.1- Se SIM, especifique por parte de quem:

- ☐ Amigo
☐ Ajuda privada (empregada, por exemplo)
☐ Cônjuge/companheiro

- ☐ Profissional de saúde (Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico, ...)
- ☐ Instituição (Auxiliar e/ou Técnico do LI ou do SAD)
- ☐ Membro da família
- ☐ Vizinho
- ☐ Outro(s): _____

CONSUMO DE TABACO

33- Considera que o Tabaco é prejudicial à saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

34- Fuma?

- ☐ Nunca (→ *Passe para a questão 34.2*)
- ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

34.1- Se SIM:

34.1.1- Especifique há quanto tempo é fumador: _____

34.1.2- Especifique o tipo e quantidade:

- ☐ Cachimbo: _____
- ☐ Charuto: _____
- ☐ Cigarros: _____
- ☐ Outro(s): _____

34.2- Se NÃO:

34.2.1- Já fumou?

- ☐ Sim
- ☐ Não (→ *Passe para a questão 38*)

34.2.2- Durante quanto tempo? _____

34.2.3- Especifique o tipo e quantidade:

- ☐ Cachimbo: _____
- ☐ Charuto: _____
- ☐ Cigarros: _____
- ☐ Outro(s): _____

34.2.4- Qual(ais) os motivo(s) para ter deixado de fumar?

- ☐ Aconselhamento médico
 - ☐ Aconselhamento familiar
 - ☐ Iniciativa própria
 - ☐ Problemas de saúde/tratamento
 - ☐ Factor económico
 - ☐ Outro(s): _____
- (→ *Passe para a questão 38*)

35- Tem conhecimento sobre as desvantagens de fumar?

- ☐ Sim ☐ Não

36- Gostaria de abandonar o hábito de fumar?

- ☐ Sim ☐ Não

37- Costuma receber orientações pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar os seus hábitos tabágicos?

- ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

CONSUMO DE ÁLCOOL

38- Bebe bebidas alcoólicas?

- ☐ Nunca (→ *Passe para a questão 38.2*)
- ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

38.1- Se SIM:

38.1.1- Especifique há quanto tempo é que bebe: _____

38.1.2- Especifique o tipo:

- ☐ Aguardente
- ☐ Bagaço
- ☐ Cerveja
- ☐ Vinho de Mesa

38.2- Se NÃO:

38.2.1- Já bebeu?

- ☐ Sim
- ☐ Não (→ *Passe para a questão 42*)

38.2.2- Durante quanto tempo? _____

38.2.3- Especifique o tipo:

- ☐ Aguardente
- ☐ Bagaço

☐ Vinho do Porto

☐ Uísque

☐ Outro(s): _____

38.1.3- Especifique a quantidade/dia:

☐ Menos de 0,2l (= menos de 1 copo)

☐ De 0,2l a 0,4l (= 1 a 2 copos)

☐ Entre 1/2l a 1l

☐ 1l

☐ 1,5l

☐ Mais de 1,5l

☐ Cerveja

☐ Vinho de Mesa

☐ Vinho do Porto

☐ Uísque

☐ Outro(s): _____

38.2.4- Especifique a quantidade/dia:

☐ Menos de 0,2l (= menos de 1 copo)

☐ De 0,2l a 0,4l (= 1 a 2 copos)

☐ Entre 1/2l a 1l

☐ 1l

☐ 1,5l

☐ Mais de 1,5l

38.2.5- Qual(ais) os motivo(s) para ter deixado de beber?

☐ Aconselhamento médico

☐ Aconselhamento familiar

☐ Iniciativa própria

☐ Problemas de saúde/tratamento

☐ Factor económico

☐ Outro(s): _____

(→ Passe para a questão 42)

39- Tem conhecimento do risco do consumo excessivo de bebidas alcoólicas para a sua saúde?

☐ Sim

☐ Não

40- Gostaria de abandonar o consumo de bebidas alcoólicas?

☐ Sim

☐ Não

41- Costuma receber orientações pelos profissionais de saúde para alterar ou eliminar os seus hábitos alcoólicos?

☐ Nunca

☐ Por vezes

☐ Muitas vezes

VIGILÂNCIA DE SAÚDE/TOMA DA MEDICAÇÃO

42- Toma medicação com regularidade?

☐ Sim

☐ Não

43- Em média, quantos medicamentos toma por dia? _____

44- Conhece todos os medicamentos que toma?

☐ Sim

☐ Alguns

☐ Não

45- Foi informado pelos profissionais de saúde sobre a(s) acção(ões) do(s) medicamento(s) que toma?

☐ Nunca

☐ Por vezes

☐ Muitas vezes

46- Costuma ser informado sobre eventuais efeitos secundários dos medicamentos (alterações no apetite, qualidade do sono, humor, etc.)?

☐ Sim

☐ Não

☐ Ocasionalmente

47- Toma sempre os medicamentos de acordo com a prescrição médica (horários e dose indicada, por exemplo)?

☐ Nunca

☐ Por vezes

☐ Muitas vezes

48- Necessita de ajuda na toma da medicação?

☐ Nunca

☐ Por vezes

☐ Muitas vezes

49- Costuma ter acidentes/problemas na toma da medicação:

☐ Nunca (→ *Passe para a questão 50*)

☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

49.1- Se SIM especifique o tipo de acidente/problema:

☐ Alteração da dosagem prescrita

☐ Alteração do medicamento prescrito

☐ Alteração do horário da toma

☐ Esquecimento de tomar a medicação

☐ Repetição da toma da medicação devido à incerteza se tomou ou não

☐ Troca do medicamento

☐ Problemas económicos

☐ Outro(s): _____

50- Quando tem consulta médica, é revista a medicação que toma?

☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

51- Costuma fazer vigilância regular da saúde (tensão arterial, batimentos cardíacos, pesquisa de glicemia, e.g.)?

☐ Nunca (→ *Passe para a questão 52*)

☐ Por vezes ☐ Muitas vezes

51.1- Se SIM, especifique o local:

☐ Casa

☐ Centro de Saúde

☐ Farmácia

☐ Instituição

☐ Outro(s): _____

52- Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

☐ Sim

☐ Não

52.1- Se SIM, especifique quem:

☐ Cônjuge/companheiro

☐ Membro da família

☐ Vizinho

☐ Amigo

☐ Ajuda privada (empregada, por exemplo)

☐ Instituição (LI ou SAD)

☐ Outro(s): _____

ANEXO 2

**AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DO CSPSPM PARA A REALIZAÇÃO
DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

Autorizado
recursos de direcção
a 18-10-2010
Doutora Assunção
(Presidente da I.P.S.S.)



Exmo. Senhor
Presidente da Direcção do Centro Social e Paroquial São Pedro Maceda

Assunto: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado em Gerontologia.

Exmo. Sr. Presidente da Direcção do Centro Social e Paroquial São Pedro de Maceda:

Marta Gracinda Tavares Reis, licenciada em Psicologia, a desenvolver funções do cargo de Directora Técnica do Centro Social e Paroquial São Pedro de Maceda, encontrando-se neste ano lectivo 2010/2011 a frequentar o 2º ano do Mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro/Secção Autónoma de Ciências da Saúde vem, por este meio, solicitar a autorização para desenvolver nesta Instituição um trabalho de investigação (sob a orientação da Doutora Assunção Laranjeira de Almeida) no âmbito da Tese de Mestrado - **“Necessidades dos idosos face aos processos de adaptação/desadaptação à saúde”**.

Este trabalho de investigação tem como objectivos:

- Caracterizar a qualidade de vida das pessoas idosas com 65 e mais anos, com doença crónica que é cuidada na instituição/comunidade;
- Identificar quais são as necessidades das pessoas idosas em termos físicos, psicológicos e sociais;
- Identificar a importância que as pessoas idosas atribuem a cada um dos temas preconizados pela OMS para a prevenção da doença e promoção da saúde;
- Elaborar planos de acção que optimizarão o nível de funcionamento da pessoa idosa.

Solicita-se autorização para que se proceda à aplicação de três Instrumentos (Easy-care – dados sociodemográficos; Índice de Barthel; Questionário sobre a importância atribuída aos temas preconizados pela Organização Mundial de Saúde para a prevenção da doença e promoção da saúde) aos idosos com mais de 65 anos, que em plena consciência e voluntariamente autorizem a sua aplicação, e que estejam inseridos nas respostas sociais de Lar de Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário. Ressalva-se que os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes poderão ser identificados.

Anexo a esta carta o protocolo do trabalho de investigação do qual consta o consentimento informado e os três Instrumentos referidos acima.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada consideração, agradecendo, desde já, a atenção disponibilizada na análise deste pedido.

Maceda, 12 de Outubro de 2010

(Marta Gracinda Tavares Reis)

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento livre e informado



Universidade de Aveiro
Secção Autónoma de Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me **Marta Gracinda Tavares Reis** e encontro-me a desenvolver, sob a coordenação da Doutora Assunção Laranjeira de Almeida, um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado - **“Necessidades dos idosos face aos processos de adaptação/desadaptação à saúde”**.

O objectivo deste trabalho de investigação é conhecer as necessidades e prioridades das pessoas idosas relativamente aos processos de adaptação/desadaptação à saúde e aos cuidados prestados na instituição/comunidade.

A sua participação é completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si, nem qualquer risco à sua vida e à sua saúde.

Assinatura: _____

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o trabalho de investigação: **“Necessidades dos idosos face aos processos de adaptação/desadaptação à saúde”**. Para mim, ficaram claros quais os propósitos do trabalho de investigação, os procedimentos a serem realizados, os seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar neste trabalho de investigação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de algum benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante: _____ Aveiro, ____ / ____ / ____.